DES

ANAPLASTIES PÉRINÉO-VAGINALES

DANS LE TRAITEMENT

DES PROLAPSUS DE L'UTÉRUS, DES CYSTOCÈLES ET DES RECTOCÈLES



A. Parent, imprimeur de la Faculté de Médecine, rue Mr-le-Prince, 31.

DES

ANAPLASTIES PÉRINÉO-VAGINALES

DANS LE TRAITEMENT

DES PROLAPSUS DE L'UTÉRUS

DES CYSTOCÈLES ET DES RECTOCÈLES

PAR

Le Dr Emmanuel BOURDON,

Ancien interne des hôpitaux,
Membre de la Société anatomique.

AVEC HUIT PLANCHES INTERCALÉES DANS LE TEXTE



PARIS

J.-B. BAILLIÈRE ET FILS, LIBRAIRES-ÉDITEURS,

Rue Hautefeuille, 19, près le boulevard Saint-Germain.

1875

DES

ANAPLASTIES PÉRINÉO-VAGINALES

DANS LE TRAITEMENT

DES PROLAPSUS DE L'UTÉRUS, DES CYSTOCÈLES ET DES RECTOCÈLES

Autant les hernies inguinales sont fréquentes chez l'homme, autant les déplacements de l'utérus, de la vessie et du rectum du côté du vagin sont communs chez la femme, et il importe au chirurgien de savoir corriger les difformités qu'ils constituent.

N'y a-t-il pas d'opérations capables de procurer aux malades un soulagement réel ou de les guérir radicalement? Telle est la question que nous voulons nous poser.

Les opérations pratiquées dans le but de lutter contre ces déplacements des viscères que l'on peut appeler vaginaux sont extrêmement nombreuses, et les chirurgiens ont modifié les procédés de mille façons. Tour à tour vantées à l'excès, puis rejetées comme inutiles, ces opérations sont aujourd'hui, en France, presque entièrement abandonnées, et, en m'adressant à la plupart de nos maîtres, j'ai pu me convaincre combien

ceux-ci différaient d'opinion sur leur efficacité et les pratiquaient peu. Mon intention est de les passer rapidement en revue, de classer les procédés et de les comparer entre eux, de chercher enfin à établir, en m'appuyant sur les observations anciennes et sur quelques faits inédits que j'ai pu recueillir, quelle part il convient de faire à l'*intervention chirurgicale* dans le traitement des trois variétés de déplacements dont j'ai parlé.

Déplacements brusques des viscères vaginaux. — Nous distinguerons d'abord les cas où les déplacements se font brusquement, de ceux où ils s'accomplissent au contraire peu à peu, sous l'influence de causes qui agissent d'une manière lente et continue. Le premier mode de formation est exceptionnel ; on conçoit, cependant, que les viscères vaginaux puissent se déplacer brusquement et venir faire saillie, soit dans le conduit vaginal, soit même hors de la vulve, par un mécanisme analogue à celui qui préside à l'apparition des hernies intestinales.

Si l'anneau par lequel les viscères peuvent s'échapper est toujours ouvert, et s'il existe une cavité naturelle représentée par le vagin, dans laquelle l'utérus peut descendre, et la vessie et le rectum venir faire une saillie anormale, cette disposition, éminemment favorable aux prolapsus, est toutefois compensée par la solidité des moyens de fixité de l'utérus qui médiatement agissent sur la vessie, soutenue en outre par une membrane fibreuse résistante qui double la muqueuse vaginale. A l'état normal, chez un sujet sain, les prolapsus de l'utérus ne peuvent donc se produire que

sous l'influence d'un effort violent, d'une pression énergique exercée, la plupart du temps par l'intermédiaire des intestins, sur l'utérus, et il faut alors, de toute nécessité, que les ligaments utéro-sacrés se rompent ou se laissent violemment distendre. Les expériences faites par MM. Legendre et Bastien nous ont appris qu'il faut déployer une force de 15 à 25 kilogrammes pour attirer l'utérus à la vulve mais, en outre, elles nous ont montré que si cette force n'agit que pendant un temps très-court, on ne tarde pas à voir l'organe reprendre sa situation normale. Si, au contraire, la force agit pendant un temps assez long, les ligaments perdent la propriété de revenir sur eux-mêmes, leur élasticité se trouve détruite, et le déplacement reste acquis.

Quelques observations nous prouvent que les *prolapsus utérins* peuvent se produire brusquement chez les jeunes sujets, et je ne citerai ici que celle de M. Puech, qui a vu, chez une jeune fille de 20 ans, à la suite d'un effort pour soulever un fardeau, l'utérus descendre dans le vagin, au point de refouler la membrane hymen. Dans ce cas, la réduction fut obtenue ; la jeune fille se maria et eut deux enfants ; le prolapsus ne se reproduisit pas.

Il faut avouer, cependant, que ces prolapsus utérins, survenant brusquement, s'observent surtout chez les femmes dont les ligaments suspenseurs ont été relâchés par un ou plusieurs accouchements, et dont le vagin et le périnée ont peu de tonicité ; ils se produisent également pendant un effort, parfois durant la grossesse, parfois aussi pendant le travail, comme nous le voyons dans une observation rapportée par Sabatier

(*Mémoire sur le déplacement de la matrice et du vagin*, in-*Mémoires de l'Académie de chirurgie*.)

En présence de ces prolapsus utérins brusques, l'indication est évidente; il faut réduire la tumeur; à l'hétérotaxie il faut opposer l'anataxie, pour employer des expressions empruntées à M. Verneuil. Dans certains cas, il est permis d'espérer que la guérison sera définitive, comme elle l'a été dans celui de M. Puech, et que le déplacement ne se reproduira pas; dans d'autres, surtout lorsque les femmes ont eu des enfants ou lorsque l'accident est survenu pendant l'accouchement, on doit craindre que l'utérus, privé de moyens de fixité suffisants, ne se déplace de nouveau, soit brusquement, soit lentement, mais il n'en faut pas moins réduire la tumeur le plus promptement possible. Dans le cas cité par Sabatier, la réduction ne put pas être faite immédiatement, le chirurgien « dilata le col, perça les eaux, tira un enfant vivant, et délivra la malade. Pour lors, il lui fut facile de faire la réduction de la matrice, et il n'eut pas besoin d'employer dans la suite de pessaire pour la maintenir dans sa situation. »

Nous voyons qu'à la suite d'un prolapsus survenu brusquement pendant l'accouchement, la simple réduction peut être suivie d'une guérison radicale; dans le cas précédent, il ne fut pas possible de réduire l'utérus gravide; toutefois, il arrive souvent que la tumeur peut être refoulée dans la cavité pelvienne, surtout si la précipitation a lieu non pas lors de l'accouchement, mais seulement pendant la grossesse; il ne faut pas alors hésiter, suivant nous, à faire la réduction.

Cette question de l'intervention chirurgicale dans les cas de prolapsus utérin compliquant la grossesse pré-

sente un grand intérêt, mais elle est du ressort de l'obstétrique, et je ne crois pas devoir l'aborder.

Les *hernies vésico-vaginales* ou *cystocèles* se forment en général lentement, comme les prolapsus utérins, ce qui s'explique aisément, si l'on songe que presque toujours les deux difformités se combinent, l'une étant la cause de l'autre, mais elles peuvent aussi apparaître brusquement; sans doute, dans les cas de chutes de l'utérus qui surviennent tout à coup, pendant un effort ou pendant le travail, la vessie doit faire hernie dans le vagin ou même hors de la vulve, mais, dans les observations que nous avons citées et dans plusieurs de celles que nous avons lues, il n'est pas fait mention de la situation de la vessie. L'adhérence intime du bas-fond de la vessie avec le col utérin ne nous permet guère cependant d'admettre que celui-ci puisse s'abaisser brusquement sans entraîner avec lui la paroi vésicale; mais l'histoire de la cystocèle étant de date récente, il n'y a pas lieu de s'étonner que l'on n'ait pas toujours songé à examiner, dans tous les cas, si la vessie faisait partie de la tumeur.

Il est certain que la vessie peut pendant la grossesse faire saillie du côté du vagin et même hors de la vulve, ou proéminer à l'extérieur pendant le travail, au point de mettre obstacle à l'accouchement, comme dans le cas de Robert cité dans le mémoire de Verdier sur la hernie de la vessie (*Mémoires de l'Académie de chirurgie*), mais il n'est pas dit dans la plupart des observations, si la difformité disparut entièrement et d'elle-même après l'accouchement; les auteurs ne spécifient pas non plus si, dans ces cas, la hernie de la vessie apparaît brusquement ou se produit peu à peu; quoi qu'il en soit,

il est indiqué de se borner à pratiquer fréquemment le catéthérisme, et peut-être est-il permis d'espérer que la difformité n'est que transitoire.

Parfois il faut, pour que l'accouchement puisse se faire, réduire la tumeur formée par la vessie, et je rapporterai ici une observation de cystocèle compliquant le travail où la réduction était absolument nécessaire.

Ire OBSERVATION. — *Chute du vagin et Cystocèle survenues pendant l'accouchement.* (Observation recueillie par M. Curtis, interne des hôpitaux).

Service de M. Chauffard, salle Sainte-Cécile, n° 22. Hôpital Necker. Mme Couraud, âgée de 35 ans. Entrée le 10 juillet 1872.

Cette malade se présente à l'hôpital Necker. le 10 juillet à neuf heures du soir.

Elle est enceinte, à terme et en travail. De plus, elle présente un renversement complet du vagin, avec hernie de la vessie.

Antécédents. — Elle en est à sa sixième grossesse, elle a trois enfants vivants. Le dernier accouchement date de deux ans. Pendant son avant-dernière grossesse, elle avait déjà un renversement du vagin peu prononcé, formant une petite tumeur grosse comme le doigt, faisant saillie à la vulve et rentrant facilement. Cependant sa grossesse s'est bien passée; lors de l'accouchement du cinquième enfant (le dernier), il ne s'est rien produit de particulier. Elle fut accouchée par une sage-femme.

Pendant sa grossesse actuelle (la sixième), la descente a été en augmentant à partir du sixième mois, mais la tumeur rentrait toujours facilement; il y a six semaines, la tumeur est sortie grosse comme le poing, avec coliques, et est restée quinze jours dehors, puis elle est rentrée spontanément. La femme a dû garder le lit à partir de ce jour; aucune tentative de réduction ne fut faite par le médecin.

9 juillet. La veille de l'entrée de la malade à l'hôpital, la tumeur ne faisait aucune saillie à l'extérieur. C'est le 10 juillet, au matin, qu'elle est sortie; coliques violentes et début des douleurs. Le soir la malade s'est décidée à venir à l'hôpital, d'après les conseils d'un médecin qui l'avait vue dans la journée et qui s'était gardé d'intervenir.

Les coliques avaient persisté toute la journée.

Le 10, dix heures du soir. Étant de garde, j'allai examiner la malade dans le service des femmes en couches. Je trouvai à la vulve, et pendant entre les cuisses, une tumeur ayant presque la grosseur des deux poings réunis.

Il était facile de reconnaître un renversement du vagin avec hernie de la vessie. Le vagin était presque tout entier dehors, sous forme d'un cône creux, de forme irrégulière à cause de la boursouflure œdémateuse de ses parois.

En avant, la vessie formait une saillie globuleuse, séparée du reste de la tumeur par un sillon tranversal. La muqeuse vaginale était rosée, marbrée de quelques plaques violacées ecchymotiques. Le toucher était facile quand on avait trouvé le chemin du col, au milieu de tous les replis épais de la muqueuse tuméfiée, replis qui égaraient le doigt.

Le col assez bas, était effacé, à bords arrondis et épais; son orifice avait la largeur d'une pièce de deux francs.

Poche des eaux intacte, peu saillante.

Présentation du sommet. Maximum des bruits cardiaques dans la fosse iliaque gauche.

Position occipito-iliaque gauche antérieure.

La tête était encore mobile, mais commençait à s'engager. Les douleurs, d'une médiocre intensité, survenaient toutes les quinze ou vingt minutes.

La malade disait uriner très-souvent et n'avait pas été à la selle depuis deux jours.

J'ai commencé par la sonder avec une sonde molle en caoutchouc. La sonde en argent causait de trop vives douleurs, malgré le soin que j'avais de la diriger en bas et en avant dansla directiondela vessie herniée. Il ne s'écoula que peu d'urine. Je prescrivis ensuite un lavement qui fut suivi de l'évacuation de matières assez abondantes.

Alors, ayant huilé les parties herniées, j'opérai leur réduction par un taxis modérément fort et méthodique, pratiqué d'avant en arrière, en commençant par la vessie; l'opération fut facile et la malade souffrit peu. La réduction faite, le col et la partie fœtale remontèrent et devinrent moins faciles à atteindre par le toucher. Le vagin était complètement obstrué par ses propres parois, qui formaient de gros bourrelets transversalement dirigés et s'étageant jusqu'au col. L'accouchement me paraissait devoir être impossible sans qu'il y eût récidive du renversement, lors des efforts d'expulsion, par suite de la mobilité des parties et de la diminution du calibre du vagin. Je dois ajouter que le périnée présentait à la fourchette des traces d'une déchirure ancienne assez large, et dont les bords ne s'étaient pas réunis.

Inquiet sur la conduite à tenir, j'allai à minuit consulter M. Gueniot, qui voulut bien venir voir la malade, et me dit qu'il pensait que l'accouchement pourrait se terminer naturellement. Il me conseilla de surveiller la malade et de me tenir prêt à réprimer par la pression avec les mains toute tendance au renversement du vagin.

11 juillet. A une heure du matin, on sent la suture longitudinale transversalement dirigée. Le vagin paraît un peu plus large que lors de la réduction du prolapsus.

Deux heures du matin. La dilatation marche très-lentement. Les douleurs sont rares et peu intenses. Les parois vaginales se sont évidemment dégorgées, et la voie parcourue devient moins étroite.

A six heures du matin, la dilatation fait peu de progrès, les douleurs s'accentuent, la poche des eaux s'est allongée un peu en boudin dans le vagin

et se tend au moment des douleurs. Je me garde de l'entamer, convaincu qu'elle doit agir très-favorablement pour repousser excentriquement les parois vaginales, et empêcher ainsi la tête de s'en coiffer en descendant.

A midi, la dilatation est égale à une pièce de 5 francs. On sent au milieu de l'orifice la fontanelle postérieure. La poche des eaux, toujours intacte, se prolonge en boudin et se tend fortement à chaque douleur. La vessie très-distendue, forme au-dessus du pubis une saillie globuleuse et fluctuante. Mon collègue Schwartz, qui me remplace auprès de la malade comme interne de garde, pratique le cathétérisme.

A partir de ce moment, le travail a continué lentement et sans accident. Vers cinq heures du soir, la poche des eaux s'est rompue, la tête étant dans l'excavation.

A dix heures et demie du soir, terminaison de l'accouchement.

Enfant du sexe féminin, bien constitué. Délivrance sans incidents particuliers.

Marche ultérieure. — (Renseignements communiqués par M. Picard.)

Le lendemain, la malade paraissait en bon état.

Température axillaire : le matin 38°,5 ; le soir, 38°,7.

Le 13. Douleurs dans la fosse iliaque gauche, ballonnement du ventre. Matin 39°,5, soir 40°.

Les jours suivants fièvre persistante, vomissements, douleurs de ventre dans la fosse iliaque gauche surtout; ballonnement.

Traitement : Sangsues à deux reprises, collodion sur le ventre, sulfate de quinine 1 gramme.

Le 22. Incision d'un foyer fluctuant dans la fosse iliaque gauche.

Le 26. Mort.

A l'autopsie, faite par M. Picard, on trouve : Péritonite généralisée. Abcès occupant toute la fosse iliaque gauche et situé entre le muscle iliaque et le péritoine. Utérus gros comme le poing, infiltré de pus. Tous les organes du petit bassin sont englobés dans des fausses membranes, et il est difficile de les séparer. Il est impossible de reproduire le prolapsus.

Congestion du poumon et quelques abcès métastatiques.

Note : « La salle d'accouchement de Necker est dans un mauvais état sanitaire. Les accidents puerpéraux y sont fréquents en ce moment. »

Quelques faits nous démontrent qu'en dehors de l'état de grossesse, une cystocèle peut apparaître brusquement et guérir sans que le chirurgien intervienne autrement qu'en pratiquant le cathétérisme et en faisant la réduction de la tumeur.

Dans l'ouvrage de Hoin sur les hernies rares, nous trouvons l'observation suivante, due à Chaussier :

« Une femme de trente ans, accouchée heureusement, fit un grand effort le scptième jour de ses couches, en changeant de place un seau plein d'eau, et sentit au même moment une douleur si vive dans le vagin qu'elle tomba en syncope. Ayant repris connaissance, elle s'aperçut qu'elle avait dans le vagin une tumeur considérable.

Le chirurgien qui l'avait accouchée prit cette tumeur pour la tête d'un second enfant, et les manœuvres inconsidérées qu'il entreprit ne contribuèrent pas peu à augmenter le mal.

Chaussier trouva la tumeur aussi volumineuse que le fond d'un chapeau ; la malade se plaignait beaucoup des reins et n'avait pas uriné depuis l'accident ; Chaussier n'ayant pas de sonde sur lui, réduisit la tumeur par compression ; les lochies retenues par la tumeur s'écoulèrent en abondance ; l'excrétion de l'urine fut plus lente à se manifester ; enfin il coula plus de 3 livres pesant, ce qui soulagea la malade. Elle fut guérie en peu de temps sans qu'il lui restât aucune incommodité. »

Peut-être, dans le cas précédent, la tumeur reparut-elle plus tard, ou resta-t-il un certain degré de cystocèle qui passa inaperçu, et la guérison ne fut-elle pas définitive, mais, dans le fait suivant, rapporté par Malgaigne, dans le *Journal de chirurgie*, et dont nous donnons un résumé, on ne peut conserver le moindre doute sur la disparition complète et définitive de la cystocèle après la réduction.

« En mars 1835, Mme D..., âgée de 45 ans, sentit dans un effort une tumeur descendre à la vulve, et elle éprouva aussitôt des douleurs de reins et des tiraillements dans les aines. Rentrée chez elle, la malade continua à souffrir, et ressentit la nuit de fréquentes envies d'uriner. L'urine, en passant sur la tumeur, y déterminait une sensation de brûlure. Malgaigne vit la malade le lendemain ; la tumeur dépassait la vulve et avait le volume de la moitié d'un petit œuf ; elle était sillonnée de rides fortement dessinées et transversales ; la pression y éveillait d'assez vives douleurs. Le col utérin était à sa place.

La réduction fut pénible et dura une demi-heure. La malade souffrit beaucoup.

Malgaigne maintint pendant deux jours un tampon dans le vagin, et le quatrième jour la malade se leva complètement guérie.

La malade a été revue huit ans après, et il n'y avait pas trace de cystocèle. Dix-huit ans auparavant le même accident était survenu. »

La cystoeèle peut done se produire d'une manière brusque et indépendamment de tout déplaeement de la matrice; dans ce cas, la réduetion de la tumeur paraît constituer la seule opération eurative qui soit nécessaire.

La *rectocèle* peut aussi apparaître brusquement, quoique ce soit là un mode de développement très-exceptionnel, surtout si elle est simple, e'est-à-dire non eompliquée de ehute de l'utérus et de eystocèle.

Malgaigne, dans son mémoire sur la rectocèle vaginale (*Mémoires de l'Académie de médecine*, tome VII), parle d'une femme de 31 ans, qui était eneeinte de six mois lorsqu'elle fit une ehute; sur-le-ehamp, elle éprouva de fortes douleurs dans le vagin et sentit la tumeur rectale qui faisait saillie à la vulve. Le même auteur croit que, une fois produite, la reetocèle reste stationnaire ou fait de nouveaux progrès; il eite eependant le cas suivant, où la tumeur, quoique très-volumineuse, guérit en huit jours, sous l'influenee du repos.

Il s'agit d'une femme de 30 ans, qui entra, le 23 juillet 1837, à la maison de santé, dans le serviee de M. Duméril.

« Cette femme avait eu quatre enfants et fait deux fausses couches; après la dernière, elle entra dans la maison de santé pour des accidents graves causés par la rétention du placenta dans l'utérus. L'état de la malade s'améliora rapidement, et, au bout de quelques temps, les douleurs avaient entièrement disparu. En examinant le vagin, on trouva à son orifice externe une tumeur de la grosseur du poing qui faisait saillie au dehors et s'opposait à l'introduction du spéculum; cette tumeur pendait presque hors de la vulve et était recouverte par la muqueuse vaginale; en appuyant dessus avec les doigts, on la réduisait assez facilement.

En introduisant le doigt dans le rectum, et en le recourbant en haut, on tombait dans une énorme poche dont la concavité rectale formait évidemment la convexité vaginale; ses parois étaient formées par les surfaces du rectum et par la cloison recto-vaginale qui n'offrait aucun amincissement. La

cavité ne renfermait aucune matière ; cependant la malade n'avait pas eu d'évacuation depuis cinq jours ; elle prit quelques lavements ; le lendemain la tumeur avait entièrement disparu, et elle ne s'est pas reproduite depuis. En introduisant le doigt dans le vagin et dans le rectum, on ne constate maintenant aucune disposition anormale, et l'on ne pourrait deviner que ces parties ont été le siége d'une déformation.

Malgaigne, qui avait examiné la tumeur et l'avait reconnue pour une rectocèle, constata, le 12 août, c'est-à-dire vingt jours après, qu'il n'en restait pas le plus léger vestige.

Je trouve, dans la thèse de Coze (*De la rectocèle vaginale*, Strasbourg, 1842), une observation d'Ehrmann qu'on peut rapprocher de celle de Duméril. En voici un résumé :

Observation.—*Tumeur recto-vaginale. Traitement évacuant. Guérison.*

N..., âgée de 35 ans, mère de plusieurs enfants et jouissant d'une assez bonne santé, éprouva un jour de grandes difficultés à expulser les matières fécales ; l'anus était contracté spasmodiquement. A chaque effort d'expulsion il se formait dans le vagin une tumeur qui s'avançait entre les grandes lèvres, et avait le volume et la forme d'une poire aplatie. Cette grande difficulté à aller à la selle engagea la malade à s'administrer immédiatement un lavement simple, et ce ne fut qu'après que ce moyen eut été répété plusieurs fois que l'évacuation put s'effectuer. Aussitôt après, la tumeur diminua de volume et rentra pour ainsi dire dans l'intérieur du vagin, mais elle reparaissait tous les jours au moment où la malade voulait aller à la selle, et son volume allait croissant au point qu'elle finit bientôt par remplir entièrement le vagin. La maladie fut d'abord prise pour une chute de matrice, puis enfin on la reconnut.

Une éponge entourée de linge et introduite dans le vagin pour faire office de tampon ne put être supportée, et ce ne fut qu'à l'aide de lavements répétés tous les jours, d'une alimentation légère et de médicaments laxatifs que l'on parvint peu à peu à rendre la contractilité au rectum, à faire cesser la résistance des sphincters de l'anus, et à empêcher la formation de la tumeur herniaire. Ce ne fut qu'au bout de plusieurs années de traitement que la malade se trouva complètement guérie.

Ces deux observations me paraissent curieuses; car ces rectocèles, qu'on pourrait, avec Malgaigne, appeler

aiguës, en ne tenant compte que de la rapidité de leur développement, ces rectocèles sont rarement observées. Dans ces cas, il semble que le chirurgien n'ait pas toujours besoin d'intervenir, à moins que la tumeur ne s'étrangle dans l'anneau vulvaire, et la difformité paraît pouvoir disparaître parfois presque spontanément.

Déplacements lents des viscères vaginaux.— Nous venons de voir que ces déplacements aigus de l'utérus, de la vessie et du rectum, se corrigent souvent d'eux-mêmes, ou ne se reproduisent plus après la simple réduction des viscères; une intervention chirurgicale active est, au contraire, nécessaire lorsqu'ils s'effectuent lentement et affectent, pour ainsi dire, une marche chronique, ce qui est la règle; ils constituent alors une difformité persistante qu'il faut faire disparaître, ou, tout au moins, empêcher de s'accentuer et chercher à corriger le plus possible.

C'est contre ces déplacements chroniques que le chirurgien doit lutter, et la lutte est en général si difficile, qu'il ne saurait trop étudier la valeur relative des diverses ressources dont il dispose.

Si les chutes de l'utérus, les cystocèles et les rectocèles, à divers degrés, vont, nous l'avons vu, souvent ensemble, ces déplacements peuvent cependant se produire isolément. Les modes de traitement devront varier suivant les cas, mais, avant de passer en revue les principales méthodes applicables à ces différentes variétés de prolapsus, nous devons nous demander si les chutes de l'utérus et les hernies vésico et recto-vaginales nécessitent toujours une intervention chirurgicale.

Les déplacements aigus, dont je viens de citer des exemples, ne sont que des déformations temporaires; les déplacements chroniques des viscères vaginaux doivent être considérés, au contraire, comme de véritables difformités, si nous définissons ce mot, avec M. Verneuil, un *changement permanent dans la configuration, les proportions ou les rapports d'un organe ou d'une région*. Dans une cystocèle, la configuration et les rapports de la vessie sont modifiés. La cystocèle, comme la rectocèle et la chute de l'utérus, est donc une difformité.

Parfois une difformité n'entraîne avec elle aucun inconvénient, une intervention chirurgicale est alors pour ainsi dire facultative, non pas qu'un vice de forme ne doive toujours au point de vue absolu être corrigé, mais parce qu'il peut être raisonnable, jusqu'à un certain point, de ne pas exposer les sujets à des douleurs, et souvent à des dangers, sans y être contraint par des raisons majeures; il est bien rare toutefois qu'un vice de forme n'entrave pas tôt ou tard l'exercice de quelque fonction et par ce fait ne devienne pas une infirmité en même temps qu'une difformité. Le chirurgien doit alors s'efforcer de rendre à l'organe l'intégrité de ses fonctions, en lui rendant sa forme, et l'expectation cesse d'être rationnelle.

Ces considérations générales nous permettront de condamner l'opinion de ceux pour qui les difformités constituées par les prolapsus des viscères vaginaux ne semblent pas, dans bien des cas, exiger une intervention chirurgicale active. Si, en effet, un prolapsus ou un simple abaissement de l'utérus, par exemple, est suscep-

tible de passer plusieurs années presqu'inaperçu, le déplacement de l'organe peut cependant entraîner à un moment donné des accidents qu'on aurait pu prévenir en le corrigeant plus tôt, ou il peut augmenter au point de nécessiter une opération grave et incertaine dans ses résultats.

On peut diviser les femmes atteintes de chute de l'utérus, de cystocèle ou de rectocèle en deux classes; les unes ne souffrent pas de leur difformité, les autres, au contraire, sont réellement infirmes à des degrés différents; chez les premières, nous dirons qu'il faut néanmoins chercher à corriger la difformité ou tout au moins l'empêcher d'augmenter; chez les secondes, il me semble évident qu'on ne doit pas hésiter à employer au besoin un mode de traitement pénible et même à la rigueur dangereux.

Je ne veux pas exposer ici la symptomatologie des chutes de l'utérus, mais il suffit de jeter un coup d'œil sur les quelques observations qui se trouvent dans ce travail, pour se convaincre que la plupart des malades qui sont opérées demandent elles-mêmes qu'on fasse tout pour les guérir, et une femme atteinte d'une chute de l'utérus complète, par exemple, acceptera presque toujours une opération, à moins qu'on la lui représente comme éminemment dangereuse et qu'on insiste outre mesure sur les douleurs qu'il lui faudra supporter.

Les *prolapsus utérins* ne compromettent pas directement la vie, mais ils s'accompagnent presque toujours de troubles fonctionnels sérieux. Chez les jeunes femmes, la menstruation est souvent troublée, et les mé-

norrhagies ou même les métrorrhagies ne sont pas rares, par le fait de l'hyperémie de l'organe prolapsé. Pour cette même raison, la muqueuse utérine devient fréquemment le siége d'un catarrhe chronique incurable, tant que le déplacement subsiste, et l'ulcération du col parfois fongueuse et très-étendue peut être considérée comme à peu près constante ; lorsque l'utérus est à l'extérieur, cette ulcération augmente sous l'influence du frottement exercé sur elle par les vêtements ou les pièces de pansement qu'emploie la malade ; souvent même la muqueuse vaginale s'ulcère également au contact des cuisses et ces plaies sans cesse mouillées et irritées par les liquides qui s'écoulent du col ou par l'urine, se montrent extrêmement rebelles à la cicatrisation. Je n'ai pas besoin de rappeler combien la difformité dont il s'agit est pénible pour les jeunes femmes, en rendant la copulation difficile et même douloureuse ; chez la plupart des malades, quel que soit leur âge, elle cause en outre des tiraillements et des douleurs lombaires et produit cet état de nervosisme si fréquent dans les maladies utérines.

Quant à la *cystocèle*, pourvu qu'elle soit un peu prononcée, elle gêne également la marche et peut rendre la copulation douloureuse ; la vessie se vidant mal et incomplètement, sa muqueuse s'enflamme souvent par le fait de la stagnation de l'urine dans la cavité, et la formation de calculs peut être favorisée par le séjour prolongé des sédiments dans le diverticulum situé hors de la vulve. Enfin, dans les cas de cystocèle volumineuse, on observe presque toujours de la dysurie, parfois de la rétention d'urine, mais plus souvent de l'in-

continence, et cet écoulement incessant du liquide sur la tumeur et au pourtour de la vulve est une cause d'érythème et même d'ulcérations. La miction pour s'accomplir nécessite des manœuvres parfois très-compliquées, et on a cité des cas où les malades urinaient 30, 40 et jusqu'à 75 fois par jour.

La *rectocèle* constitue une infirmité infiniment moins grave, elle peut toutefois faire au-dessus de la fourchette une saillie assez volumineuse, et apparaître sous forme d'une tumeur qui gêne la copulation, rend la marche difficile et sur laquelle peuvent se développer des ulcérations. La constipation, habituelle dans ces cas, est souvent opiniâtre et peut devenir une cause de chute du rectum et d'hémorrhoïdes. Le séjour des matières fécales dans l'ampoule rectale dilatée peut provoquer la formation d'un abcès stercoral et d'une fistule. Enfin des troubles digestifs sérieux sont fréquemment liés à l'existence de cette difformité.

Cet examen rapide des troubles fonctionnels et des états pathologiques causés par les chutes de l'utérus et les hernies recto et vésico-vaginales, nous prouve que le chirurgien doit presque toujours chercher à instituer contre ces difformités un traitement vraiment efficace,

Mon intention n'est pas d'étudier, dans leur ensemble, les mesures à prendre pour lutter contre les prolapsus des viscères en rapport avec le conduit vaginal. Je suis le premier à reconnaître les services que peuvent rendre aux malades une bonne hygiène, l'hydrothérapie, les injections médicamenteuses fréquemment répétées, etc. Quant aux pessaires, je ne songe pas non plus à nier leur utilité, toutefois, peut-être a-t-on renoncé trop vite aux opérations susceptibles de leur venir

en aide ou capables, dans certains cas, de procurer aux malades une guérison radicale ou quasi radicale.

Les pessaires à coup sûr méritent d'être employés et il y a nombre de cas où ils suffisent pour corriger un déplacement peu prononcé ; mais dans certaines conditions et chez certaines malades, ils sont inapplicables et l'on doit alors abandonner le prolapsus à lui-même ou pratiquer une opération.

Le nombre des pessaires imaginés depuis Ambroise Paré, qui le premier décrivit et fit représenter un appareil de ce genre, est, pour ainsi dire, incalculable, mais on a eu beau modifier leur forme, et varier la substance dont ils sont composés, on n'a pu parvenir, tout en réalisant cependant de grands progrès, à les mettre à l'abri de certains reproches qu'on peut formuler de la manière suivante.

Le pessaire, quoiqu'on fasse, sera toujours en définitive un corps étranger, susceptible d'irriter les tissus avec lesquels il doit nécessairement rester longtemps en contact. Cette proposition n'a pas besoin d'être développée; je ne parle pas des cas où un pessaire, gardé des mois et même des années, arrive à ulcérer et même à perforer les cloisons recto ou vésico-vaginales, ni de ceux où, par défaut de soins, il s'incruste de sels calcaires, s'enchatonne dans la muqueuse vaginale et ne peut plus être extrait du conduit que broyé ou par une sorte d'accouchement pendant lequel on risque d'entraîner l'utérus et les parois du vagin.

Un pessaire ne peut soutenir l'utérus qu'à la condition de prendre un point d'appui, soit sur les parois du vagin, soit sur le périnée, soit à l'extérieur, sur un support plus ou moins rigide. Or les pessaires en gim-

blette, en bondon, en huit de chiffre, ceux de Zwanck, etc., qu'ils soient en ivoire, en métal, en gutta-percha ou en caoutchouc, sont inapplicables :

1° Lorsque le vagin est considérablement élargi, comme dans certains cas de prolapsus complet, et lorsqu'il a perdu une grande partie de sa tonicité ;

2° Lorsque le périnée, par le fait d'une déchirure ou de distensions répétées, a perdu son épaisseur, sa hauteur ou sa rigidité normales.

Si l'on tenait cependant dans ces cas à se servir d'un pessaire sans support extérieur, il faudrait le choisir énorme et lui donner pour point d'appui le squelette ; la vessie et le rectum pourraient alors se trouver comprimés, ce qui ne serait pas sans inconvénient.

Quant aux pessaires à point d'appui extérieur, le principe d'après lequel ils sont construits est évidemment le meilleur, et l'hystérophore de Roser, les pessaires de Borgniet, etc., sont journellement employés avec le plus grand succès. Il faut reconnaître toutefois que, sans parler du prix élevé de quelques-uns de ces appareils, il y a des femmes dont la sensibilité est telle qu'elles ne peuvent supporter aucun corps étranger dans le vagin ou au contact de la vulve, et ces hystérophores ont l'inconvénient de tous les pessaires, celui d'être parfois cause d'ulcération du col utérin, et d'inflammation de la muqueuse vaginale. Enfin la nécessité de porter constamment un appareil souvent compliqué, susceptible de se déranger, à tige plus ou moins rigide et à sommité obstruant plus ou moins le vagin, constitue pour les malades un ennui très-grand ; beaucoup consentiraient donc pour s'y soustraire, à se soumettre à une opération, si on la leur

proposait et si elle ne leur faisait courir que peu de dangers.

Je n'ai ni l'intention, ni le désir de faire ici le procès des pessaires en général, et je reconnais parfaitement les services qu'ils peuvent rendre dans un grand nombre de cas; je voulais seulement établir que trop souvent, ils sont incapables de maintenir les prolapsus, et rappeler qu'à tout prendre, ils ne sont ni sans inconvénients ni toujours applicables.

Pour grouper d'une façon rationnelle les opérations qu'on peut pratiquer pour faire disparaître ou atténuer certaines difformités, il faut souvent se reporter aux causes que celles-ci peuvent reconnaître et aux affections dont elles procèdent. Quelles sont donc les causes des chutes de l'utérus, des cystocèles et des rectocèles? (1)

Causes et mécanisme des chutes de l'utérus, des cystocèles et des rectocèles. — Si nous laissons de côté les prolapsus qui tiennent au refoulement de l'organe par une tumeur abdominale, nous distinguerons deux classes de déplacements en bas de l'utérus.

Dans l'une nous rangerons les cas où l'utérus porte en lui-même, pour ainsi dire, la cause principale de son déplacement : tantôt alors il est hypertrophié, tantôt il est le siége d'un corps fibreux augmentant son poids.

Dans la seconde classe rentreront les abaissements et les chutes dues primitivement, non pas à une modification des dimensions de l'utérus, mais à un affaiblisse-

(1) Nous confondons sous le nom de prolapsus et de chute de l'utérus, les les cas où le col se présente à la vulve, et ceux où l'utérus a franchi en totalité ou presque en totalité l'orifice vulvaire.

ment de ses moyens de fixité, affaiblissement qui rend le déplacement possible, soit à la suite des efforts, c'est-à-dire des pressions exercées sur l'organe de haut en bas par l'intermédiaire des intestins, soit sous l'influence de la traction exercée sur le col par la vessie, lorsque celle-ci tend à s'échapper par l'orifice vulvaire.

En 1859, Huguier, dans un travail présenté à l'Académie de médecine (Mémoires de l'Académie de médecine, 1859, mémoire sur les allongements hypertrophiques du col de l'utérus) chercha à prouver que dans la grande majorité des cas, les prolapsus ou les déplacements désignés sous le nom de chutes complètes de l'utérus ne sont autre chose que des allongements de la portion sus-vaginale du col et que le corps de l'organe reste le plus souvent à sa place habituelle. Sur 64 cas, il déclare n'en avoir trouvé que deux, dans lesquels il y eut une véritable chute complète sans allongement hypertrophique. Cette proposition avait une importance capitale, aussi souleva-t-elle à l'Académie une longue discussion où M. Dupaul fit à Huguier des objections qui, sans infirmer complètement les conclusions de son mémoire, servirent cependant à corriger ce qu'elles avaient de trop absolu.

Nous ne voulons pas entrer dans les détails de la question et nous conviendrons que dans les cas où le museau de tanche est à la vulve et dans ceux où le vagin est entièrement prolapsé, il y a presque constamment un certain degré d'allongement hypertrophique de la portion sus-vaginale du col (1); mais cette altéra-

(1) Nous ne parlons pas ici des allongements hypertrophiques de la portion sous-vaginale du col, bien connus surtout depuis le mémoire d'Huguier, et qui ne peuvent pas être confondus avec un déplacement de l'utérus.

tion est-elle toujours ou presque toujours la cause principale de la difformité apparente ? Nous ne le croyons pas. Dans certains cas cependant, il est hors de doute que le corps de l'utérus reste à sa place, mais il nous semble que l'expression de chute de l'utérus est alors essentiellement vicieuse; il n'y a pas, à proprement parler, déplacement; il existe une difformité par excès de substance et non par changement de position, et nous n'insisterons que fort peu sur ces *fausses chutes de l'utérus*.

Les cas où l'utérus n'est pas réellement déplacé nous paraissent plus rares ou plutôt moins fréquents que ne le pensait Huguier. Nous croyons qu'il y a très-souvent déplacement et hypertrophie tout à la fois, comme dans une observation de M. Panas, consignée dans ce travail, et comme dans d'autres cas que nous pourrions citer. Enfin souvent aussi, suivant nous, beaucoup plus souvent que ne le croyait Huguier, le prolapsus ou la chute complète de l'utérus est simple ou n'est accompagné que d'un allongement trop insignifiant pour qu'on puisse le considérer comme la véritable cause de la difformité.

Nous pourrions appuyer notre opinion sur des observations nombreuses dont quelques-unes sont citées plus loin, mais n'ayant pas l'intention, nous le répétons, d'étudier spécialement et dans son ensemble la question des chutes de l'utérus, nous n'insisterons pas sur ce sujet et nous nous résumerons en disant que l'on peut admettre :

1° *Des fausses chutes de l'utérus*, c'est-à-dire des *allongements hypertrophiques de la portion sus-vaginale du col, sans déplacement du corps.*

2° *Des véritables chutes* (y compris ce que les auteurs

appellent abaissements, ou prolapsus, suivant le degré du déplacement), où l'allongement hypertrophique du col est, il est vrai, un élément presque constant de la difformité, mais ne joue pas de rôle important dans l'étiologie du déplacement du corps et n'est pas de nature à exercer sur les indications du traitement une influence capitale.

Le mécanisme des chutes de l'utérus est essentiellement différent, suivant qu'il s'agit de ce que nous avons appelé une fausse chute, c'est-à-dire d'un allongement hypertrophique du col sans déplacement du corps, ou d'une chute véritable de l'organe.

Dans le premier cas, suivant Huguier, l'apparition du col à la vulve, ou son issue hors du bassin est causée primitivement par l'hypertrophie et ne saurait être consécutive à une cystocèle ou à une chute du vagin, sinon le col s'allongerait en s'amincissant et ne s'hypertrophierait pas. Il est indispensable, puisque le corps reste à sa place, que ses ligaments suspenseurs soient intacts; les déchirures du périnée et le relâchement du vagin ne jouent aucun rôle dans l'étiologie de la difformité.

Ici se présente la question suivante : Pourquoi le col, en s'allongeant, repousse-t-il le vagin en bas, et pourquoi ne se développe-t-il pas du côté de la cavité abdominale, surmonté par le corps?

Est-ce, comme le pense Huguier, à cause du poids du col hypertrophié ou parce que le corps ne peut subir qu'avec difficulté un mouvement ascensionnel à cause de la station verticale de la malade et de l'influence des efforts? Ne devons-nous pas plutôt accepter l'opinion de Legendre? « La portion intermédiaire du col, dit

celui-ci (Legendre. De la chute de l'utérus, 1860), a une très-grande facilité à se développer en bas où elle rencontre la cavité du vagin dont elle entraîne les parois, tandis que pour se développer en haut, il lui faudrait entraîner les attaches du vagin à tout le plan aponévrotique qui le maintient dans le bassin. »

Ces explications ne nous satisfont pas complètement, mais nous ne voulons pas les discuter pour ne point nous laisser entraîner hors de notre sujet.

Dans les chutes véritables, lorsque le corps est abaissé et quel que soit le degré de l'hypertrophie concomitante du col, le mécanisme du prolapsus est tout autre que dans le cas précédent ; il nous paraît aussi plus complexe.

On sait que les prolapsus utérins, les cystocèles et les rectocèles sont des difformités qui se trouvent très-souvent réunies chez le même sujet, et l'expérience de chaque jour démontre en outre que ces déplacements, isolés ou combinés, surviennent presque toujours à la suite d'un ou de plusieurs accouchements ; il faut donc leur chercher des causes communes, mais ces causes quelles sont-elles ? Elles résident évidemment dans un relâchement des moyens de fixité des viscères, produit soit sous l'influence d'une constitution débile ou lymphatique, d'une atonie générale des tissus, soit à la suite d'un ou de plusieurs accouchements ; toutefois la question n'est pas résolue quand on a formulé cette proposition.

Pour quelques auteurs, le vagin soutient l'utérus ; pour d'autres, le périnée joue un rôle important en soutenant le col qui reposerait sur lui par son sommet, à la façon d'une pyramide. Quoique l'étude des moyens de

fixité de l'utérus, de la vessie et du rectum ait été faite et bien faite par la plupart des anatomistes et, en particulier, par notre cher et savant maître, le professeur Richet, nous croyons utile, cependant, de nous arrêter un instant sur ce sujet.

Moyens de fixité de l'utérus, de la vessie et du rectum. — En premier lieu nous admettrons que ce sont les ligaments utéro-sacrés (utéro-lombaires d'Huguier) qui, s'insérant d'une part sur le squelette, et de l'autre sur le col de l'utérus, au niveau de son point de onction avec le corps, soutiennent à la fois l'utérus, le vagin, la vessie et le rectum. Accessoirement les ligaments larges et la portion du péritoine qui tapisse la partie supérieure du plancher pelvien viennent en aide aux ligaments utéro-sacrés comme agents de suspension, ainsi que l'a démontré M. Richet, pour qui les ligaments larges ne paraissent jouer le rôle de ligaments suspenseurs que si l'utérus est abaissé.

Loin d'être soutenu par la vessie, l'utérus nous semble, au contraire, soutenir celle-ci, grâce à ses adhérences avec son bas-fond ; toutefois, la vessie empêche, dans une certaine mesure, le col de se porter en arrière, et je me rangerais volontiers à l'opinion d'Aran qui représente l'utérus comme suspendu dans le vagin et pouvant exécuter, à la façon d'une cloche, des mouvements en avant et en arrière autour d'un axe fictif de suspension passant par le point d'union du corps avec le col.

Le vagin est, lui aussi, soutenu par l'utérus, c'est-à-dire par les agents de suspension de cet organe, et à

son tour il soutient, d'un côté la vessie, de l'autre le rectum, en formant au-dessous et au-dessus de ces viscères une véritable sangle tendue du col à l'anneau vulvaire. Maintenant est-il possible d'admettre que ce conduit joue vis-à-vis de l'utérus, lorsque celui-ci est situé à sa hauteur normale, le rôle d'un agent contentif? Nous ne le croyons pas, toutefois nous dirons que vu sa rigidité et l'épaisseur de ses parois, le vagin peut opposer une certaine résistance à l'utérus, lorsque celui-ci déjà abaissé tend à le retourner comme un doigt de gant pour s'échapper à travers l'orifice vulvaire. Il nous semble que plus le vagin a des parois rigides et épaisses, et plus il est étroit, moins la descente de l'utérus doit être facile. J'ajouterai que le vagin étant très-adhérent sur ses parties latérales au plancher périnéal, dans sa moitié inférieure environ, il doit falloir un certain temps ou des efforts assez considérables pour que l'utérus, dont le col est déjà presque à la vulve, allonge suffisamment ces adhérences pour compléter l'inversion du conduit. En résumé, le vagin, dans sa moitié supérieure, est évidemment suspendu à l'utérus, mais par sa moitié inférieure, il nous semble pouvoir soutenir cet organe lorsqu'il est notablement abaissé.

Les expériences suivantes nous ont conduit à émettre ces hypothèses : si sur le cadavre d'une jeune femme, hors de l'état puerpéral et ayant un vagin ferme et d'une épaisseur normale, on cherche par l'abdomen à refouler l'utérus dans le vagin avec la main, en déployant une force moyenne. on l'abaisse légèrement. Si l'on coupe alors les ligaments utéro-sacrés et les ligaments larges, puis si l'on dissèque le col au niveau de son union avec

le corps, de façon à sectionner tous ses agents de suspension, il devient alors beaucoup plus facile de refouler l'utérus. Cependant on ne diminue guère que de moitié la longueur du vagin ; on peut parfois amener le col presque à la vulve, mais on sent l'utérus solidement arrêté et soutenu surtout latéralement; il ne peut l'être que par le vagin qui ne se laisse pas séparer de ses attaches au plancher pelvien, ni même décoller ainsi du rectum et de la vessie. La paroi inférieure de celle-ci est entraînée en bas, en avant de l'utérus. Si, après avoir refoulé en bas l'utérus le plus possible, on cesse toute pression par l'abdomen, les viscères ont une grande tendance à remonter spontanément, surtout si l'anneau vulvaire est intact; si l'on a incisé largement le périnée, en sectionnant sur une certaine hauteur la cloison recto-vaginale, cette tendance est beaucoup moins prononcée. L'utérus, bien entendu, ne remonte pas à la hauteur où il se trouvait avant la section de ses ligaments, mais au point où il était, lorsque, ceux-ci étant coupés, on l'avait repoussé en bas avec une force modérée.

Ne semble-t-il pas résulter de ces expériences que le vagin peut, par sa moitié inférieure, soutenir l'utérus déjà abaissé par le fait du relâchement de ses agents de suspension ?

Pour faire franchir au col l'orifice vulvaire et amener le vagin en totalité à l'extérieur, il est nécessaire de disséquer le conduit sur ses parties latérales et même un peu en arrière.

Si l'orifice vulvaire est étroit, la vessie s'engage peu, quoique le vagin puisse être entièrement retourné ; s'il

est large ou si le périnée est déchiré, le col se porte en arrière et la cystocèle est plus prononcée.

Dans le premier cas, le prolapsus est moins aisé à produire à cause de la difficulté qu'ont à franchir la vulve, la vessie et l'utérus tout à la fois. La vessie qui se présente la première semble alors s'opposer à l'issue de l'utérus, et si les pressions exercées ne sont pas très-fortes, la vessie s'engage seule et l'utérus est arrêté par le périnée.

Dans le second cas, c'est-à-dire si l'orifice vulvaire est large ou déchiré, la cystocèle et la chute de l'utérus se produisent avec la plus grande facilité, et les déplacements sont aussi prononcés que le permet l'extensibilité des parois vaginales.

Nous avons dit plus haut que l'anneau vulvaire, lorsqu'il est intact et suffisamment rigide, maintient le rectum et la vessie par l'intermédiaire du vagin auquel il fournit une surface d'insertion; il me semble résulter des expériences précédentes que cet anneau oppose à la hernie vulvaire de la vessie une barrière d'autant plus efficace qu'il est plus étroit, et doué d'une tonicité plus prononcée.

Quant au périnée, son rôle comme moyen de soutien pour les viscères vaginaux me semble se confondre avec celui que joue l'anneau vulvaire qui continue le plancher en avant; s'il est vrai que l'utérus repose sur lui par son sommet comme une pyramide, ainsi que l'a dit M. Richet, je ne crois pas qu'il fournisse à l'organe un point d'appui suffisant pour l'arrêter dans sa chute, d'autant plus que ce point d'appui n'est guère qu'un plan incliné.

En résumé :

L'*utérus* est soutenu par les ligaments utéro-sacrés et accessoirement par les ligaments larges et le péritoine; lorsqu'il est abaissé, le vagin le soutient, grâce à l'adhérence de la moitié inférieure de ce conduit avec le plancher pelvien.

La *vessie* est suspendue à l'utérus, soutenue par la paroi antérieure du vagin et contenue par l'anneau vulvaire.

Le *rectum* est bridé par la paroi postérieure du vagin.

Le *vagin* est suspendu à l'utérus, tendu par l'anneau vulvaire, et adhérent au plancher pelvien dans sa moitié inférieure.

Voyons maintenant le mécanisme qui préside aux déplacements des trois viscères que nous avons appelés vaginaux. Il est inutile de dire qu'ils se produisent sous l'influence d'efforts, soit subits et énergiques, soit modérés et répétés.

Mécanisme des déplacements brusques. — Dans les déplacements qui se font brusquement, ce mécanisme est aisé à concevoir.

Pendant la grossesse, les ligaments suspenseurs de l'utérus sont considéralement distendus, et le vagin s'est à la fois allongé et élargi par le fait d'un travail d'hypertrophie tout spécial; il n'y a donc rien d'étonnant à ce que les viscères mal soutenus, fassent dans le conduit une saillie anormale, ou s'échappent au moment de l'accouchement.

Lorsque l'utérus n'a jamais été gravide, le prolapsus aigu de cet organe suppose une rupture ou une distension rapide de ses ligaments suspenseurs, et dans les

cas de cystocèle ou de rectocèle, le vagin se trouve refoulé plus ou moins brusquement à travers l'anneau vulvaire.

Dans ces cas de déplacements aigus, nous avons vu que la réduction des viscères est souvent suffisante pour amener la guérison ; l'élasticité des ligaments et du vagin peut être, en effet, conservée, et l'anneau vulvaire peut être intact.

Mécanisme des déplacements lents. — Dans les cas de déplacements lents et progressifs il n'en est pas de même, et ceux-ci reconnaissent des causes variées et persistantes qu'il importe d'analyser pour comprendre l'efficacité des opérations praticables.

Comme les déplacements brusques qui se produisent pendant l'accouchement, ceux qui surviennent peu à peu, à la suite d'une ou de plusieurs grossesses, tiennent soit à un allongement des ligaments suspenseurs, soit à un élargissement ou à un relâchement du vagin, et j'ajouterai : soit à une déchirure du périnée, et par conséquent de l'anneau vulvaire, soit à un relâchement de cet anneau. Suivant nous, voici quelle est la relation qu'on doit établir entre telle ou telle difformité et les lésions dont elle dépend.

La rupture ou l'allongement des ligaments utéro-sacrés, puis l'allongement des ligaments larges, sont les conditions essentielles de tout abaissement de l'utérus, qu'il soit primitif ou secondaire, c'est-à-dire consécutif à une cystocèle. Nous ne croyons pas la rectocèle capable de produire secondairement la chute de l'utérus, et nous hésitons à admettre, avec Cruveilhier, que la chute de l'extrémité inférieure du vagin puisse entraî-

ner pour l'utérus un déplacement notable. Dans ce cas, la cystocèle, favorisée par la chute du vagin, nous semble devoir être la cause du prolapsus utérin. Lorsque la vulve est intacte et lorsque le vagin, après l'accouchement, est revenu à ses dimensions normales, si un prolapsus utérin se produit, il nous paraît primitif et lié à l'insuffisance des agents de suspension de l'utérus ; en s'abaissant, l'utérus entraîne la vessie et relâche le vagin. Ce relâchement des sangles qui soutiennent et le réservoir de l'urine et le rectum favorise la cystocèle et devient une cause de rectocèle.

Si la rectocèle accompagne moins souvent le prolapsus utérin que la cystocèle, c'est que la hernie vaginale du rectum est simplement rendue possible et favorisée par le relâchement du vagin, tandis que la vessie est entraînée directement par l'utérus, grâce à ses adhérences avec lui.

Lorsque l'anneau vulvaire est intact il s'oppose, dans une certaine mesure, non pas à l'abaissement de l'utérus, mais à la sortie des viscères hors de la vulve. Généralement il finit par être forcé, et les déplacements se prononcent alors de plus en plus pour finir, dans certains cas, par être aussi complets que possible.

On peut admettre que, parfois, les ligaments utéro-sacrés sont revenus suffisamment sur eux-mêmes après l'accouchement pour soutenir d'une manière efficace l'utérus, mais le vagin ne reprend pas toujours sa longueur et sa tonicité normale ; ce relâchement des sangles qui soutiennent la vessie et le rectum permet alors la formation d'une rectocèle et d'une cystocèle ; dans ce cas c'est la vessie qui, à la longue, entraîne l'utérus dont le prolapsus n'est plus alors primitif mais secondaire ;

celui-ci a d'autant plus de tendance à augmenter et à se transformer en chute véritable que l'anneau vulvaire est moins étroit, moins résistant, et oppose par conséquent une barrière moins efficace à la vessie. Si les ligaments utéro-sacrés résistent, la cystocèle est simple ou seulement compliquée de rectocèle.

Les choses doivent se passer à peu près de même, lorsque le périnée est déchiré et constitue primitivement la seule lésion susceptible de favoriser les déplacements. Dans ce cas, le vagin se trouve relâché, une rectocèle peut se produire, il peut aussi se former une cystocèle et, à la longue, la vessie entraîne l'utérus dont le prolapsus est secondaire, comme dans les conditions précédentes.

En résumé, nous dirons :

Les *prolapsus utérins* sont *primitifs* ou *secondaires* (1); primitifs, lorsque le relâchement des ligaments utéro-sacrés est la seule lésion initiale, et alors l'utérus entraîne la vessie; secondaires, lorsque la cystocèle est primitive et lorsque la vessie entraîne l'utérus, en produisant une distension lente et progressive des ligaments.

Les *cystocèles* sont *primitives* ou *secondaires*; primitives dans les cas où les parois du vagin sont relâchées et dans ceux où l'anneau vulvaire est déchiré ou affaibli, ce qui entraîne également le relâchement du vagin ; secondaires, lorsque le vagin et la vulve étant intacts, le prolapsus utérin est primitif.

Les *rectocèles* reconnaissent essentiellement pour cause un relâchement du vagin qui, nous l'avons vu,

(1) Nous n'entendons pas dire que, dans certains cas, l'utérus franchisse la vulve avant la vessie; quand il y a à la fois cystocèle et chute de l'utérus, c'est toujours la vessie qui sort la première, même si la cystocèle est consécutive à l'abaissement de l'utérus.

est tantôt primitif, tantôt consécutif, soit à un abaissement de l'utérus, soit à un affaiblissement ou à une déchirure du périnée, c'est-à-dire de l'anneau vulvaire.

Je laisse ici de côté les cas où les cystocèles et les rectocèles se produisent à la suite d'efforts de miction ou de défécation violents ou répétés, et ceux où la présence de calculs dans la vessie ou le séjour de matières fécales dans l'ampoule rectale, est une cause de distension pour les parois des viscères.

Si nous nous reportons aux considérations précédentes pour chercher quelles sont les méthodes de traitement capables de pallier ou de supprimer les difformités dont nous nous occupons, nous voyons qu'il faut renoncer à agir directement sur les prolapsus causés primitivement par un relâchement des ligaments utéro-sacrés ; mais le relâchement du vagin et les déchirures du périnée jouant un rôle important dans le mécanisme d'un grand nombre de déplacements des viscères vaginaux, il nous sera possible, en agissant sur le conduit vulvo-vaginal et sur le périnée, d'intervenir chirurgicalement d'une façon utile.

Les opérations que nous nous proposons d'étudier ont toutes pour but, soit de rétrécir ou de raccourcir le vagin, soit de refaire ou de fortifier le périnée et de rétrécir la vulve ou l'anneau vulvaire.

Si l'utérus est suffisamment soutenu par ses ligaments, ces opérations auront pour avantage de sangler, pour ainsi dire, la vessie et le rectum et de s'opposer à leur issue par la vulve. En maintenant la vessie on empêchera celle-ci, non-seulement de s'échapper isolément, mais encore d'entraîner avec elle l'utérus. Si cet organe est déjà sensiblement abaissé, on ne rendra pas à ses liga-

ments l'élasticité qu'ils ont perdue, mais on pourra empêcher du moins le déplacement d'augmenter sous l'influence de la traction exercée sur le col par la vessie.

Si l'utérus est en chute complète, on le maintiendra simplement dans le vagin; il sera même possible, dans quelques cas, en rétrécissant ce conduit, de soutenir l'organe à une certaine hauteur.

Nous verrons plus loin ce qu'il faut penser de l'utilité de l'élytrorrhaphie et des opérations analogues; nous dirons seulement ici, en nous appuyant sur les courtes considérations que nous avons présentées à propos du vagin, que nous comprenons que le rétrécissement de ce conduit puisse s'opposer, dans une certaine mesure, au prolapsus de l'utérus, soit en corrigeant primitivement une cystocèle, soit en rendant plus difficile l'inversion des parois vaginales. Néanmoins, nous avouons que les merveilleux résultats que M. Sims affirme avoir obtenus après ses opérations nous étonnent un peu, et nous confessons ne pas parfaitement saisir la raison des succès incontestables que donne parfois l'élytrorrhaphie, même dans les cas de chute complète de l'utérus.

Classification des anaplasties périnéo-vaginales. — Cette analyse succincte du mécanisme qui préside à la formation des prolapsus des viscères vaginaux peut nous servir à classer les méthodes de traitement applicables à chacun d'eux, suivant les cas.

Si nous ne tenons pas compte ici de l'utilité des pessaires ou des appareils du même genre, nous dirons que c'est à l'anaplastie qu'il faut s'adresser pour guérir ou pallier les difformités dont le traitement fait l'objet de ce travail; cette anaplastie peut être palliative ou curative, mais c'est surtout la dernière qu'il faut tenter.

En considérant les causes de ces difformités, il est possible de diviser celles-ci en plusieurs groupes, et nous emprunterons à notre cher maître le professeur Verneuil une partie de la classification qu'il a proposée pour les difformités en général ; dans son remarquable article sur l'anaplastie (1), M. Verneuil pose le principe suivant :

« *Une difformité étant donnée, reconnaître la série dont elle fait partie et lui opposer une anaplastie de nom contraire.* »

C'est sur ce principe que nous nous appuierons pour classer les méthodes opératoires.

Nous dirons donc :

A tout prolapsus, c'est-à-dire à une difformité par *hétérotaxie* (changement de rapports), on doit opposer l'anaplastie par *anataxie* (remise en position).

L'anataxie qui suffit, comme nous l'avons vu, pour amener une guérison radicale dans certains cas de prolapsus aigu, est en général, pour ne pas dire toujours, insuffisante, appliquée au traitement des prolapsus chroniques ; il faut cependant la pratiquer, mais elle constitue une anaplastie temporaire, à moins qu'une autre variété d'anaplastie ne lui vienne en aide.

Les déchirures du périnée constituant une difformité par *diérèse* (séparation anormale), on devra opposer une anaplastie par *synthèse* (réunion de parties séparées) aux hétérotaxies qui leur succèdent ; la périnéorrhaphie et l'épisiorrhaphie sont des anaplasties par synthèse, mais cette dernière opération est une synthèse portant sur des parties normalement séparées. Enfin, aux hétérotaxies par *prothèse,* c'est-à-dire par *exubérance* ou par

(1) Diction. encyclop. des sciences médicales. Article : Anaplastie, par M. Verneuil.

excès de substance, on opposera une anaplastie par *exérèse* (ablation de parties superflues), et l'anataxie pourra devenir permanente. Il y a exubérance dans les cas de tumeur de l'utérus ou d'hypertrophie utérine, et l'exérèse doit porter alors sur une portion de l'organe lui-même; il y a également excès de substance dans les cas de cystocèle et de rectocèle, mais souvent du côté des parois vaginales seulement, l'exérèse portera donc alors uniquement sur les parties exubérantes en respectant les viscères.

ANAPLASTIES PAR SYNTHÈSE

Les anaplasties par synthèse qui doivent venir en aide à l'anataxie opposée aux chutes de l'utérus, aux cystocèles et aux rectocèles, portent toutes sur le périnée ou sur l'orifice vulvaire. Nous avons vu la part qu'il convient de faire dans la pathogénie des déplacements des viscères vaginaux, aux déchirures et à la faiblesse du périnée, ainsi qu'à l'élargissement de l'anneau vulvaire ; les opérations que nous allons passer d'abord en revue, ont toutes pour but de faire un périnée plus résistant et plus épais ou une vulve plus étroite.

On peut dire que toute périnéorrhaphie retrécit la vulve, mais suivant que l'anaplastie porte sur le périnée proprement dit et sur le périnée seul, ou sur les parties latérales de l'orifice vulvaire, on lui a donné le nom de *périnéorrhaphie* dans le premier cas et celui d'*épisiorrhaphie* dans le second ; l'opération mixte qui consiste à intéresser à la fois dans la synthèse et le périnée et la vulve a reçu celui de *épisio-périnéorrhaphie*. Enfin on a nommé *colporrhaphie* et *périnéo-colporrhaphie* l'opération dans laquelle on intéresse soit le vagin seul, au voisinage de la vulve, soit le périnée et le vagin tout à la fois (1).

Les déchirures du périnée ne doivent pas seules être mises en cause pour expliquer la formation de certains prolapsus de l'utérus, de la vessie ou du rectum. Il suf-

(1) Dans plusieurs procédés de périnéorrhaphie et d'épisiorrhaphie, on agit sur le vagin, dont on dissèque ou dont on resèque la muqueuse au voisinage de l'orifice vulvaire; ces procédés se rattachent donc à la colporrhaphie, mais ce mot est maintenant peu usité.

fit que les parties molles qui séparent l'anus de la fourchette aient été fréquemment ou fortement distendues par des accouchements, pour que leur atonie puisse être à juste titre accusée d'avoir produit ou du moins facilité les déplacements, et, dans ces cas, il est utile d'augmenter à la fois la longueur et la résistance du périnée. On obtient ce résultat au moyen d'une opération fort simple sur laquelle j'insisterai, et qui ressemble presque en tout point à celle qu'on pratique pour restaurer le périnée legèrement déchiré et dont la plaie cicatrisée reste à peine visible.

Les déchirures du périnée peuvent en effet se diviser en plusieurs classes, suivant leur profondeur.

La simple déchirure de la commissure vulvaire, appelée aussi *déchirure incomplète* ou *vulvo-périnéale* par quelques auteurs, constitue un premier degré dans lequel le sphincter anal est intact. Cette lésion extrêmement fréquente n'est suivie en général d'aucune conséquence fâcheuse ; la plaie se cicatrise d'elle-même, et à peine distingue-t-on plus tard à la fourchette une cicatrice. Une déchirure aussi superficielle ne doit que peu modifier la longueur du périnée et ne me semble guère capable d'affaiblir celui-ci au point de favoriser sensiblement les prolapsus.

Un second degré consiste dans la *déchirure complète du périnée, sans que l'anus et la cloison recto-vaginale soient intéressés*. Dans ce cas, le sphincter anal est parfois intact, mais il peut être rompu dans une partie de son étendue ou dans toute son épaisseur. Les bords de la solution de continuité s'écartent alors la plupart du temps et se cicatrisent isolément, si le chirurgien n'intervient pas ; l'accident a pour conséquence d'affaiblir

considérablement le périnée et d'agrandir la vulve : le muscle constrictor cunni manque de point d'appui en arrière, et l'anneau vulvaire perd toute son importance comme sphincter.

Une sous-variété de cette déchirure complète comprend les cas où l'*anus lui-même est intéressé et où la cloison recto-vaginale divisée* forme entre le rectum et le vagin un éperon qui se présente sous forme d'un bourgeon saillant au milieu d'un véritable cloaque, résultat de la fusion des deux conduits.

Je cite ici sans y insister les *déchirures centrales du périnée* produites par le passage de l'enfant entre l'anus et la fourchette, sans que ni l'intestin ni la vulve soient interessés.

Dans les déchirures complètes avec ou sans communication du rectum avec le vagin, il est évident qu'il faut pratiquer une véritable restauration du périnée même en l'absence de prolapsus mais cette opération est encore plus nettement indiquée quand il existe outre la déchirure, soit une chute de l'utérus, soit une cystocèle ou une rectocèle : nous verrons en appréciant la valeur des méthodes applicables au traitement de ces difformités, quels sont les services que peut rendre dans ces cas la périnéorrhaphie.

Périnéorrhaphie.

La première opération ayant pour but la restauration du périnée déchiré, fut faite par un chirurgien français, par *Jacques Guillemeau*, d'Orléans ; il employa ce que nous appelons la suture à points entrecoupés et le succès couronna cette première tentative. Si l'on en croit

Roux, plus tard, Mauriceau, Lamotte, Smellie conseillèrent simplement de restaurer le périnée et indiquèrent la suture à points passés, mais sans dire s'ils avaient réellement tenté cette opération, et sans faire connaître les résultats qu'ils auraient obtenus.

A la fin du siècle dernier, *Noël*, de Reims et *Saucerotte*, de Lunéville, guérirent chacun une malade en employant, le premier la suture entortillée, le second la suture à surjet. Depuis lors les essais de périnéorrhaphie, sauf ceux que tentèrent *Dupuytren* et *Montain* (de Lyon) furent malheureux en France, et il faut arriver jusqu'en 1834 pour voir Roux remettre en honneur, grâce à la précision avec laquelle il la règle et la décrit, une opération qui paraissait discréditée.

Avant lui, en Allemagne, on avait cependant pratiqué des périnéorrhaphies et parmi les chirurgiens, les uns avaient proposé la suture à points passés, les autres la suture entortillée.

Dieffenbach avait obtenu deux succès, et en 1829, il avait publié la description d'un procédé qui porte son nom. Il adoptait la suture entrecoupée et la suture entortillée, et il insistait sur la nécessité de pratiquer deux incisions parallèles sur les côtés de la vulve et du périnée pour prévenir le tiraillement des parties affrontées.

Roux pratiqua au mois de janvier 1832, sa première opération dans un cas de rupture complète ; il enleva de chaque côté un lambeau à peu près quadrilatère, long de deux pouces, mais fort mince, puis il aviva séparément et en second lieu, les deux lèvres de la petite fente qui se prolongeait sur la cloison recto-vaginale et les réunit par un point de suture simple. Il mit sur le périnée quatre points de suture entortillée ; l'opéra-

tion échoua. Cinq mois après, il opéra de nouveau la malade, mais pour affronter les surfaces saignantes sur une plus large étendue, il fit usage de la suture enchevillée. Le septième jour, les fils furent enlevés et la réunion était complète, mais il resta une petite fistule recto-vaginale.

Ce qui caractérise la méthode de Roux, c'est l'emploi de la suture enchevillée, Montain lui avait déjà dû un succès, mais à Roux revient le mérite d'avoir bien démontré sa supériorité sur les autres genres de suture, par le grand nombre des guérisons qu'il obtint. Son procédé était cependant loin d'être parfait, car sur 15 opérations rapportées dans son livre, (*Quarante années de pratique chirurgicale*), nous voyons, outre deux insuccès complets, 6 cas dans lesquels il y a eu persistance d'une fistule recto-vaginale ; Dieffenbach n'était pas toujours plus heureux. Quant à Roux, il passe peut-être un peu légèrement dans son livre sur cette fréquence des fistules recto-vaginales après ses opérations, sans doute parce qu'il ne concevait pas un procédé supérieur au sien, et capable de lui permettre de guérir toujours radicalement ses malades.

Le fait est que par les procédés de Roux et de Dieffenbach appliqués à la réparation des déchirures complètes du périnée avec destruction de la cloison, il est extrêmement difficile d'éviter la persistance d'une fistule recto-vaginale ; comme l'a fait très-bien remarquer M. le professeur Lefort, (*Gazette des hôpitaux*, 1869, n° 25), il ne s'agit pas seulement en effet dans ce cas d'éviter et d'affronter deux surfaces parallèles, il faut reconstituer par la suture une portion de cloison dont la direction se rapproche du plan horizontal ; il faut

rapprocher l'une de l'autre les deux lèvres verticales de la plaie périnéale et combiner l'avivement et la suture de manière que ces deux lignes de réunions, perpendiculaires l'une à l'autre, se joignent et se confondent au point où la cloison recto-vaginale se perd dans le plancher périnéal.

Si l'on songe en outre à la facilité avec laquelle les liquides utérins et vaginaux viennent baigner la plaie en suivant la paroi postérieure du vagin, et à l'impossibilité où l'on est d'empêcher les mucosités rectales et même parfois les matières fécales plus ou moins délayées de pénétrer jusque sur les fils des sutures vagino-périnéales, on comprendra combien les procédés de Dieffenbach et de Roux, malgré leur supériorité relative sur les autres, étaient encore défectueux.

Je n'ai pas à faire ici l'histoire de la périnéorrhaphie, et je passe sous silence une foule de procédés qu'il serait toutefois intéressant de comparer entre eux, pour n'insister un peu que sur ceux qui sont tous fondés sur le principe suivant :

Se servir de la membrane muqueuse de la paroi inférieure du vagin décollée et mobilisée, pour protéger les parties molles périnéales avivées et affrontées contre l'action nuisible des liquides utérins et vaginaux.

1° DÉCHIRURE COMPLÈTE DU PÉRINÉE, AVEC DÉCHIRURE DE LA CLOISON.

Procédé de Langenbeck. — Langenbeck doit être considéré comme le premier qui ait eu l'idée de faire sur la paroi vaginale, dans les cas de déchirure complète du périnée, avec déchirure de la cloison, une incision semi-

circulaire à convexité inférieure n'intéressant que le vagin. Dans son procédé, après l'avivement des lèvres de la déchirure périnéale et leur affrontement par des points de suture entrecoupée et parfois par un point de suture entortillée, le lambeau vaginal disséqué est abaissé et fixé au nouveau périnée par quelques points de suture. Ce lambeau forme un plan incliné en bas et en avant qui recouvre comme une voûte les surfaces affrontées ;

Langenbeck pratique volontiers les incisions de Dieffenbach.

Ce procédé à lambeau vaginal, appliqué au traitement des déchirures complètes du périnée avec destruction de la cloison recto-vaginale, fut diversement modifié par les chirurgiens, par Béraud, par M. Ollier et par d'autres. Manquant de détails sur ces procédés, je ne décrirai ici que celui qu'emploie M. *Richet* avec un succès presque constant.

Procédé de M. Richet. — Dans les cas de déchirures complètes du périnée avec rupture de la cloison, M. Richet pratique l'opération suivante.

Dans un premier temps, il fait saillir la cloison formant éperon au fond de la plaie, avec le doigt indicateur de la main gauche engagé dans le rectum et il incise transversalement la muqueuse vaginale, un peu en arrière du bord libre de la cloison, puis il la dissèque dans une certaine étendue, de façon à la séparer de la muqueuse rectale et à dédoubler ainsi la cloison. Cette incision est prolongée de chaque côté, jusqu'au niveau des surfaces cicatricielles résultant de la déchirure du périnée. La muqueuse est décollée et forme un lambeau

flottant dont les bords peuvent être rapprochés et suturés sur la ligne médiane de façon à reconstituer la paroi inférieure du vagin sur une longue étendue à partir du point où elle s'arrêtait, c'est-à-dire à partir du bord libre et tranchant de la cloison.

En second lieu, M. Richet élargit un peu la surface d'avivement qui résulte du décollement de la muqueuse vaginale sur les parties latérales du cloaque ano-vulvaire. Pour cela, il excise une certaine portion des téguments ou des tissus cicatriciels, afin d'obtenir de chaque côté une large surface cruentée.

Dans un second temps, M. Richet rapproche les bords du lambeau vaginal, et les adosse par leur face saignante au moyen de quelques points de suture entrecoupée en fils métalliques dont les chefs sont relevés sur le pénil ; il place en premier lieu le point de suture le plus reculé, et reconstitue la partie postérieure du vagin en fermant ainsi par des points de suture successifs l'espèce de *V* ouvert en avant, qui résulte du rapprochement des bords du lambeau vaginal. Les points de suture placés, il existe sur cette nouvelle paroi postérieure du vagin une sorte de crête saillante en haut et dirigée d'arrière en avant horizontalement ou un peu obliquement en bas.

Le périnée est ensuite reconstitué par l'affrontement des surfaces cruentées latérales au moyen de trois ou quatre points de suture enchevillée. Ces fils sont passés très-profondément afin que l'affrontement soit très-étendu. M. Richet a soin que chaque fil soit fixé sur les chevilles d'une façon indépendante, afin que l'ablation de l'un deux n'entraîne pas la chute des autres. Il peut être utile de placer superficiellement quelques points de suture en-

trecoupée pour rapprocher les lèvres cutanées des surfaces.

Lorsque l'opération est terminée, on observe *deux lignes de suture*, l'une *périnéale* (suture enchevillée) *verticale*, l'autre *vaginale* (suture à points séparés) *horizontale*, et ces deux lignes viennent se réunir au niveau du point qui deviendra la nouvelle fourchette. La nouvelle paroi vaginale forme sur les surfaces périnéales affrontées un véritable eouverele appliqué par son propre poids ; M. Richet ne place pas en général de points de suture destinés à la maintenir, vu qu'elle n'a aucune tendance à se retracter et à fuir en arrière pendant le travail de la cicatrisation. Nous rapportons ici l'observation de la dernière périnéorrhaphie pratiquée par M. Richet, avec notre aide, par ce procédé.

2e Observ. — *Déchirure complète du périnée avec rupture de la cloison. Périnéorrhaphie, par le professeur Richet.*

Mme X..., âgée de 24 ans, accoucha pour la première fois au mois de mai 1874; l'accouchement fut pénible, dura 16 à 18 heures et se termina brusquement, de telle sorte que dans les dernières douleurs le médecin n'eut pas, paraît-il, la possibilité de soutenir efficacement le périnée. Toujours est-il que quand M. Richet fut appelé à visiter pour la première fois la nouvelle accouchée, au mois de juin, six semaines après, il constata que le périnée était complètement divisé et que la vulve et l'anus ne formaient plus qu'une seule et unique ouverture.

En écartant les fesses et les grandes lèvres, on constatait de plus que la cloison recto-vaginale était déchirée dans une étendue de 3 centimètres, en sorte que le rectum, largement ouvert, communiquait avec le vagin bien au-dessus des deux sphincters de l'anus.

La conséquence de cet état de choses était facile à tirer. La malade ne pouvait plus retenir ses matières fécales à moins qu'elles ne fussent tout à fait solides et les gaz s'échappaient bruyamment à son insu. Cette situation était insupportable, aussi la malade accueillit-elle avec empressement l'assurance qui lui fut donnée qu'on pouvait par une opération remédier à son infirmité. Seulement, il fut convenu que la santé de l'accouchée n'étant pas complètement rétablie et les parties molles étant encore très-rouges, irritées et en partie ulcérées, l'opération serait ajournée.

Au commencement d'octobre la malade fut examinée de nouveau, et comme son état maladif semblait avoir disparu, il fut décidé que l'opération serait pratiquée le lendemain. L'état local s'était amélioré en ce sens que la muqueuse vulvo-vagino-rectale était beaucoup moins rouge et complètement cicatrisée ; de plus l'angle supérieur de la division de la cloison paraissait s'être abaissé vers la vulve ainsi que cela arrive fréquemment.

La malade ayant été purgée la veille et pour plus de sécurité ayant pris un lavement, fut placée sur le bord de son lit les pieds élevés, les jambes fléchies sur les cuisses et ces dernières sur le bassin. Elle ne voulut pas être chloroformée.

M. Richet pratiqua *l'opération* en suivant le procédé que j'ai décrit plus haut. En résumé, il dédoubla la cloison, disséqua le vagin sur le côté de l'orifice vulvaire et eut ainsi deux larges surfaces d'avivement. Il réunit en premier lieu les bords du lambeau vaginal à l'aide de cinq points de suture entrecoupée de fils d'argent, puis il rapprocha les surfaces d'avivement par trois gros fils de soie passés préalablement dans une petite tige de bois et pénétrant profondément dans les tissus, il les serra sur un bout de sonde du côté opposé et l'affrontement fut parfait ; il plaça enfin trois points de suture superficiels en fil d'argent.

L'opération terminée, le résultat immédiat put être considéré comme très-satisfaisant. En effet par les cinq points de la suture vaginale, la paroi postérieure du conduit semblait reconstituée entièrement, tandis que les trois points de la suture périnéale reproduisaient très-exactement le périnée : lés surfaces destinées à se réunir étaient protégées par le lambeau vaginal.

Le doigt fut introduit dans le rectum pour juger du rétablissement de la paroi antérieure de cet intestin qui nous parut complet. Une injection d'eau poussée dans le rectum ressortit entièrement par l'anus sans qu'il en passât par le vagin, enfin on en pratiqua plusieurs par le vagin pour enlever les caillots, et la malade fut replacée dans son lit avec un linge mouillé sur les sutures, les cuisses maintenues rapprochées par une serviette et demi-fléchies avec un traversin sous les jambes ; 10 pilules d'opium et de quinquina pour constiper et engourdir la sensibilité.

La journée se passa à merveille; le soir vers les onze heures, la malade commença à se plaindre d'une douleur à l'anus, le lendemain matin elle la déclarait intolérable. L'examen démontra qu'il y avait un commencement de congestion hémorrhoïdaire à laquelle cette dame était sujette.

Le soir de ce deuxième jour, la tuméfaction du bourrelet hémorrhoïdaire était telle que les deux sondes sur lesquelles étaient liés les fils et que nécessitait la suture, se voyaient à peine; on jugea prudent, par crainte d'étranglement sphacélique, de couper le point de suture le plus près de l'orifice anal, lequel était indépendant des deux autres. Il s'opéra de suite un relâchement qui soulagea beaucoup la malade.

Le troisième jour les hémorrhoïdes fluent et les règles, qui avaient eu lieu cependant huit jours avant, reparaissent. Une détente paraît s'opérer dans l'état local, mais la fièvre est intense, il y a des frissons et beaucoup d'agitation.

Le quatrième jour on est obligé d'enlever complètement la suture périnéale à cause de la suppuration abondante qui baigne les sondes, qui sort par les points de suture et qui s'écoule du côté de l'anus.

Cinquième jour. Nuit très-bonne; la fièvre est tombée, pas de douleurs locales, les règles ont cessé, mais la congestion anale continue ainsi que la suppuration périnéale. On peut examiner l'état des choses après des injections vaginales et rectales, et l'on constate que la suture vaginale est intacte. La suture périnéale a cédé dans les deux tiers de sa hauteur. Le tiers antérieur soutenu par la suture vaginale paraît solide.

Du sixième au neuvième jour, amélioration. La malade, fatiguée par la constipation, prend de l'huile de ricin, et la débâcle se produit sans rien changer à l'état antérieur. Les fils d'argent sont alors enlevés; malheureusement, à la constipation succède un état diarrhéique qui dura cinq jours. A partir du moment où cette diarrhée est arrêtée, la cicatrisation périnéale se produit insensiblement du vagin à l'anus de telle sorte qu'après dix ou douze jours le périnée est rétabli. Malheureusement l'angle supérieur de la suture vaginale a cédé sous l'effort de gaz accumulés qui, ne pouvant s'échapper par l'anus aussi librement qu'avant l'opération, ont forcé le passage de ce côté. Il existe là une ouverture d'un millimètre de diamètre, par laquelle passent dans le vagin quelques humidités stercorales et des gaz, mais la solidité du périnée et de la cloison est aujourd'hui (commencement de janvier 1875) tout à fait assurée.

On voulait pratiquer la cautérisation de cette fistulette, mais la malade que tourmentaient d'ailleurs des douleurs rhumatismales généralisées survenues pendant la convalescence, désira que ce traitement fût ajourné, au grand regret du chirurgien.

A partir de ce moment, la malade fut traitée pour son affection rhumatismale par son médecin habituel le Dr Viollet.

25 janvier. — La malade se présente chez le professeur Richet pour être examinée et cautérisée au besoin. Voici ce qui résulte de l'examen. La malade retient parfaitement ses matières et les lavements, mais les gaz s'échappent parfois malgré elle par le vagin. Voilà la seule mais très-réelle incommodité qui la tourmente beaucoup. M. Richet reconnaît que la suture périnéale a complètement restauré le périnée. Quant à la suture vaginale, elle a amené une réunion parfaite, excepté à son angle supérieur; là une sonde cannelée introduite par le rectum apparaît à 1 centimètre 1/2 au-dessus de l'anus. Les contours de l'ouverture sont absolument cicatrisés. Sera-t-il possible par la cautérisation d'obtenir la réunion? M. Richet en doute; néanmoins avant de procéder à un avivement par l'instrument tranchant on tentera la cautérisation avec les caustiques, en commençant par le crayon d'azotate d'argent.

L'observation précédente ne semble pas, au premier abord, plaider en faveur du procédé Richet, toutefois nous avons cru devoir la rapporter, non-seulement pour

ne pas dissimuler les revers qui succèdent parfois aux opérations les mieux conçues et les plus habilement exécutées, mais encore pour bien faire comprendre dans son ensemble la méthode du savant professeur de l'Hôtel-Dieu. Si le succès n'a pas été complet dans le cas précédent, il faut sans aucun doute rendre responsable de la petite fistule recto-vaginale qui s'est formée, la fluxion hémorrhoïdaire survenue inopinément; nous ferons même observer combien il est surprenant que le périnée se soit reconstitué malgré les incidents qui paraissaient devoir compromettre si gravement le résultat de l'opération. Le cinquième jour la suture périnéale avait cédé dans les deux tiers de sa hauteur, et cependant il a suffi de la présence du lambeau vaginal pour diriger, en quelque sorte, la cicatrisation qui devait aboutir à une guérison sinon complète, du moins presque absolue.

Nous citons, du reste, ici, quatre observations démontrant que l'insuccès relatif obtenu dans le cas précédent a été le seul qu'on ait eu à regretter sur les cinq opérations qu'a jusqu'à présent pratiquées M. Richet par son procédé dans les cas de déchirure du périnée et de la cloison.

Première opération. — Mme X..., opérée le 11 août 1866, en présence et avec l'aide du Dr Bastide, de Marines (Seine-et-Oise), et du Dr Farabœuf, alors interne de M. Richet. C'est la première fois que M. Richet a appliqué son procédé. La guerison a été obtenue d'emblée; depuis, cette dame a eu plusieurs enfants et la guérison s'est maintenue. Deux mois après son départ de Paris elle revint trouver M. Richet, disant que chaque fois qu'elle voyait son mari, elle saignait et souffrait; cette dame pensait que l'opération avait produit un resserrement du vagin très-prononcé; en la touchant M. Richet crut sentir quelque chose dans le vagin, il appliqua le spéculum et aperçut une pointe métallique qu'il saisit avec une pince et amena facilement à l'extérieur, c'était le fil le plus élevé, placé sur la cloison, qui avait été oublié. Il est inutile d'ajouter qu'à partir de ce moment le coït cessa d'être douloureux.

Deuxième opération. — Mme B...., femme d'un commerçant allemand, opérée le 28 décembre 1870 avec l'aide du Dr Langenhagen. Déchirure du périnée et de la cloison sur une hauteur de 4 centimètres. Guérison com-

plète, entravée pendant 17 jours par une diarrhée incoercible. M. Richet ignore si cette malade qui a été obligée de quitter la France au moment de la guerre est devenue enceinte.

Troisième opération. — Malade opérée à la clinique de l'Hôtel-Dieu, couchée salle Saint-Charles, persistance pendant 15 jours d'une petite fistulette que deux cautérisations avec le crayon de nitrate d'argent et une avec un stylet rougi ont fait disparaître rapidement. Succès complet. Cette malade est actuellement enceinte.

Quatrième opération.—Mme X..., d'Orléans, opérée en juillet 1873, succès complet et d'emblée.

Cinquième opération. — Rapportée plus haut *in extenso.* — Persistance d'une petite fistule recto-vaginale. Restauration complète du périnée.

Nous rapportons plus loin avec détails l'observation d'une malade opérée avec un plein succès, pour une déchirure complète du périnée compliquée de chute de l'utérus, avec cystocèle et rectocèle, mais sans déchirure de la cloison. Le procédé employé fut presque absolument le même. (L'observation et la photographie de la malade se trouvent dans la *Revue photographique.* 1869.)

En comparant entre eux le procédé de Langenbeck et celui de M. Richet, on voit qu'ils ont une certaine analogie; le dernier me semble avoir sur le premier l'immense avantage d'éviter tout tiraillement du lambeau vaginal, en le repliant sur lui-même et en lui donnant ainsi une longueur suffisante pour qu'il puisse aisément s'appliquer de lui-même sur le nouveau périnée. Si la cloison est profondément déchirée, et l'éperon très-profondément situé, il doit être impossible, par le procédé allemand, d'amener la muqueuse vaginale jusqu'à la vulve, et plus impossible encore de l'y fixer, sans s'exposer à voir les fils couper les tissus et le lambeau fuir en arrière, en laissant un large orifice entre le vagin et le rectum. Par le procédé de M. Richet, au contraire, la nouvelle paroi vaginale sera toujours assez longue, et nous avons vu qu'il est même inutile de la fixer par des points de suture.

Dans les procédés à lambeau vaginal taillé par dédoublement de la cloison, ce lambeau protége bien les surfaces saignantes contre le contact des mucosités qui viennent du vagin, mais la plaie peut être baignée en

arrière par les mucosités rectales et irritée par les matières fécales, s'il survient des garde-robes, malgré l'administration de l'opium; c'est pourquoi M. *Demarquay* a songé à utiliser le lambeau rectal de la cloison dédoublée, et à lui faire jouer le rôle de protection qui est assigné au lambeau vaginal.

Voici, en résumé, l'opération que pratique M. Demarquay.

Procédé de M. Demarquay. — L'avivement peut se diviser en deux temps : dans le premier, le chirurgien agit sur les surfaces cicatricielles; il enlève, de chaque côté de la cloison, deux lambeaux triangulaires dont la base est inférieure et regarde la fesse, et dont le sommet tronqué correspond à l'éperon de la cloison déchirée; la grandeur de ces lambeaux est subordonnée à l'étendue de la cicatrice; dans un second temps, l'opérateur sépare l'une de l'autre la paroi vaginale et la paroi rectale; il dédouble ainsi la cloison dans une hauteur de 1 centimètre environ, et dissèque de chaque côté, avec le plus grand soin, les muqueuses du vagin et du rectum.

Quant à la suture, elle peut se diviser en trois temps :

1° Suture du vagin;

2° Suture du rectum;

3° Suture du périnée.

Du côté du vagin, M. Demarquay fait, avec des fils cirés, de cinq à neuf sutures simples, en commençant par la plus profonde; l'aiguille courbe, armée d'un fil, est enfoncée à gauche, dans la muqueuse vaginale; elle traverse la lame vaginale de la cloison dédoublée, et apparaît vers la surface d'avivement; puis la pointe est

enfoncée sur le point correspondant de l'autre côté, pour aller sortir sur la muqueuse vaginale. On a ainsi une anse de fil dans la plaie, et les deux bouts dans le vagin. On applique exactement de la même manière les autres fils cirés, qu'on pourra nouer ensuite dans ce conduit. Grâce au dédoublement de la cloison, les deux lambeaux de la muqueuse vaginale se trouveront en contact quand on serrera les fils, non par leurs bords seulement, mais par une surface saignante d'une étendue d'autant plus grande que les fils auront traversé une épaisseur plus considérable des parties avivées.

Le chirurgien réunit ensuite de la même manière, du côté du rectum, les lambeaux de la cloison dédoublée, en plaçant également les anses du fil dans la plaie, et les bouts dans l'intestin.

Il opère alors le rapprochement des surfaces en nouant les fils; ceux-ci sont moins nombreux dans le rectum : trois ou quatre suffisent d'ordinaire. Quand on est arrivé à ce temps de l'operation, la plaie a la forme d'un entonnoir dont la base regarde le chirurgien, et dont le fond correspond au point où se réunissent les lames rectale et vaginale de la cloison dédoublée.

Les parois de l'entonnoir sont latéralement les surfaces cicatricielles avivées; en avant et en arrière, cet entonnoir est limité par les deux lignes de sutures qui, reconstituant séparément les parois du rectum et celles du vagin, isolent complètement les deux conduits.

Il ne reste plus alors qu'à rapprocher l'une de l'autre les parois latérales de l'entonnoir; c'est ce que fait M. Demarquay à l'aide de trois fils métalliques qui, enfoncés profondément à l'aide d'aiguilles courbes, en allant toujours de gauche à droite, vont, au fond de la

plaie, former trois anses. En nouant les extrémités de ces fils, on met en contact les deux surfaces triangulaires avivées.

Enfin, pour compléter le tout, le chirurgien fait, à l'aide de fils cirés, une série de ligatures simples, moins profondes, qui établissent une liaison entre celles de la cloison vaginale et celles de la cloison rectale.

Le périnée est ainsi reconstitué complètement, et M. Demarquay fait, s'il y a lieu de craindre quelques tiraillements, les incisions de Dieffenbach.

Le procédé de M. Demarquay semble, théoriquement du moins, à l'abri de toute critique, et supérieur aux précédents, en ce sens surtout que le lambeau rectal de la cloison dédoublée ne reste pas flottant au-dessous du lambeau vaginal appliqué sur le périnée, et se trouve utilisé; mais est-il toujours possible de l'exécuter, et est-il indispensable de fermer le rectum en avant avec sa propre muqueuse? N'y a-t-il pas, en outre, inconvénient à laisser dans l'intestin des fils susceptibles de devenir la cause d'épreintes douloureuses? L'expérience nous l'apprendra; toutefois, les succès obtenus par M. Richet sont de nature à nous engager à employer son procédé de préférence peut-être à celui de M. Demarquay, évidemment d'une exécution plus difficile.

M. Launay rapporte trois observations où ce procédé fut mis en usage, et deux des malades furent complètement guéries. Dans le troisième cas, la suture du rectum et la moitié postérieure de celle du périnée échouèrent sous l'influence d'un érysipèle, mais, du côté du vagin, les fils tinrent solidement; quand la malade sortit, si le périnée n'était pas refait dans toute son étendue, il ne restait, du moins, aucune communication

entre le vagin et le rectum (Launay, *Gaz. médic.*, 1864, n° 12). Depuis lors, M. Demarquay obtint de nouveaux succès, et, fait qui nous intéresse particulièrement, il guérit, en 1866, une femme qui, depuis un an, avait, outre une déchirure complète du périnée et de la cloison, un prolapsus complet de l'utérus, accompagné de cystocèle et de rectocèle. Le mari de cette femme, que j'ai interrogé récemment, m'a appris qu'elle avait eu deux enfants depuis l'opération, sans que la déchirure se fût reproduite et sans que la moindre tumeur se fût présentée à la vulve après ces accouchements qui se sont, du reste, accomplis facilement, et sans l'aide du forceps.

On peut rapprocher, ce me semble, du procédé de M. Demarquay celui qu'a employé M. Lefort, en 1868, dans un cas de déchirure complète du périnée, avec rupture de la cloison, et cloaque, par conséquent.

Procédé de M. Lefort.— M. *Lefort*, admettant l'excellence de la méthode qui consiste à dédoubler la cloison, et voulant utiliser le lambeau rectal, déclarait (*Gaz. des hôpitaux*, 1869, n° 25) qu'il fallait que la muqueuse vaginale vînt répondre à la pointe supérieure de l'avivement vertical fait sur la face interne des fesses et des grandes lèvres, tandis que la muqueuse rectale devait venir répondre au sommet inférieur de ce même avivement. En un mot, il fallait, suivant lui, aviver, à droite et à gauche, une surface triangulaire dont la base répondît au périnée nouveau, et dont les bords, fuyant en arrière et très-écartés en avant, allassent, l'un reformant le vagin, l'autre reformant le rectum, se rejoindre en arrière, en n'ayant en cet endroit d'autre écartement que

celui qui répond à l'épaisseur de la cloison normale qu'ils doivent continuer.

Pour exécuter le plan qu'il avait si nettement conçu, M. Lefort pratiqua l'opération suivante, dont je résume brièvement les principaux temps.

Une incision antéro-postérieure, d'un demi-centimètre de long, est faite sur la partie moyenne de la muqueuse vaginale, jusque vers le milieu de son bord libre; elle est prolongée, à droite et à gauche, le long des bords cicatrisés de la cloison rompue, à la jonction dans la cicatrice des muqueuses rectale et vaginale. Arrivée au niveau de la vulve, cette incision se bifurque en deux branches : l'une qui monte en dehors vers les grandes lèvres et le pli génito-crural, l'autre qui se dirige également en dehors, mais qui descend vers l'ischion.

Une troisième incision verticale, réunissant les extrémités des deux précédentes, forme la base du triangle, dont le sommet, très-allongé, répond au milieu du bord libre de la cloison et à la rencontre des deux incisions pratiquées sur ce bord. Après avoir enlevé la peau qui recouvre ce triangle, on soulève la muqueuse vaginale décollée, et on a, de chaque côté, une surface triangulaire cruentée, dont la partie la plus large formera le périnée, et dont la partie la plus étroite et la plus reculée devra reconstituer la cloison par l'adossement réciproque, par leur face profonde, des muqueuses vaginale et rectale.

La lame vaginale de la cloison forme donc deux lambeaux qu'on adosse par leurs faces cruentées, à l'aide de points de suture métallique; ce qui les relève et leur fait former un éperon saillant en haut.

Les deux triangles latéraux sont affrontés par trois points de suture métallique; leur bord inférieur devra constituer la demi-circonférence antérieure de l'anus, à laquelle fera suite la lame rectale de la cloison, ainsi séparée de la lame vaginale.

L'opération exécutée par M. Lefort, de la façon que nous venons d'indiquer, échoua par le fait de la section de la peau et des lambeaux par les fils; mais, faite une seconde fois, un mois plus tard environ, le 14 décembre 1868, elle fut suivie d'un plein succès.

L'observation de M. Demarquay nous prouve que ces restaurations du périnée, dans les cas de déchirures complètes avec rupture de la cloison, peuvent constituer un traitement vraiment curatif des prolapsus utérins, même lorsque ceux-ci sont accompagnés de cystocèle et de rectocèle. Si j'ai insisté sur ces procédés à lambeau, c'est, d'une part, qu'ils ont une énorme supériorité sur ceux de Dieffenbach et de Roux, par rapport aux fistules recto-vaginales qui persistent si facilement après les périnéorrhaphies et, en deuxième lieu, c'est que, mieux que tous les autres, ils me semblent devoir refaire des périnées assez résistants pour s'opposer aux déplacements des viscères vaginaux.

2° DÉCHIRURE COMPLÈTE DU PÉRINÉE, SANS DÉCHIRURE DE LA CLOISON.

Les déchirures du périnée sont loin, fort heureusement, d'être toujours complètes, et le plus souvent même, lorsqu'elles le sont, la cloison est respectée et l'anus ne communique pas avec la vulve, mais celle-ci se prolonge alors jusqu'à lui, et une difformité très-

apparente n'en existe pas moins. La vulve est largement béante et sans tonicité, car l'anneau vulvaire est détruit, le constricteur du vagin manquant du point d'appui que lui fournit en arrière la lame fibreuse sur laquelle se fixe le sphincter qui, lui aussi, est souvent presque complètement déchiré; de cette double lésion, déchirure du constricteur du vagin et déchirure du sphincter anal, résultent fréquemment une incontinence des matières fécales et des gaz, et parfois même un certain degré de prolapsus de la muqueuse rectale, ainsi qu'une incontinence, si je puis ainsi parler, des viscères vaginaux, c'est-à-dire un abaissement ou un prolapsus de l'utérus, avec cystocèle et rectocèle.

La périnéorrhaphie réussit dans ces cas comme dans les précédents à restaurer les formes, et elle fait souvent disparaître aussi l'infirmité en corrigeant la difformité. L'opération présente alors moins de difficulté que dans les cas où la cloison est déchirée. La persistance d'un orifice de communication entre le rectum et le vagin n'est plus à craindre, mais, comme l'a bien fait remarquer M. *Richet*, il faut redouter que les mucosités utérines, en glissant sur la paroi inférieure du vagin, ne viennent s'infiltrer dans l'angle inférieur de la plaie formée par la rencontre à angle droit de la ligne des sutures avec la direction du conduit vaginal, et ne nuisent à la réunion ou du moins à la réunion complète; l'expérience a, en effet, montré qu'après les opérations faites par les procédés anciens de Dieffenbach et de Roux, il persiste souvent une fistule vagino-périnéale; de plus, par ces mêmes procédés, le nouveau périnée est mince et constitue plutôt une simple cloi-

son qu'un plancher épais et assez résistant pour s'opposer aux déplacements des viscères vaginaux.

Les procédés à lambeau sont donc, ici, parfaitement indiqués, et ils sont d'autant plus faciles à exécuter, qu'il n'y a lieu de former qu'un seul lambeau, un lambeau vaginal, vu l'intégrité de la cloison.

3e Observation. — *Déchirure complète du périnée. Procidence de l'utérus, cystocèle. Périnéorrhaphie.* — Par M. Richet (*Union médicale*, 1869).

A l'hôpital de la Clinique se présente, en 1868, une malade atteinte de déchirure du périnée et âgée de 29 ans. Elle a accouché en province, il y a sept ans, le 27 novembre 1861. L'accouchement fut pénible, et l'application du forceps fut jugée nécessaire. C'est à l'intervention de cet instrument que cette femme attribue sa blessure, mais rien n'indique que ses préventions soient fondées. Quoi qu'il en soit, c'est à la suite de cet accouchement, qui fut le premier et demeura le seul, que le périnée fut déchiré. Beaucoup de circonstances déterminent la malade à réclamer les secours de la chirurgie : ce n'est pas seulement une difformité qu'il s'agit de réparer, c'est une série d'infirmités repoussantes qu'il faut combattre. Les gaz s'échappent involontairement du rectum ; les fèces, retenues quand elles sont consistantes, coulent spontanément au moindre dérangement d'entrailles ; d'autre part, les désordres qui résultent de la destruction du périnée mettent les organes génito-urinaires dans un état qui compromet la santé générale.

L'utérus entraîne dans sa chute la paroi antérieure du rectum et la paroi inférieure de la vessie. La fente vulvaire s'étend jusqu'à l'anus dont elle intéresse le sphincter externe. Néanmoins, le doigt introduit dans le rectum constate une contraction due à quelques fibres de ce muscle demeurées entières ; mais le faisceau est très-mince, et donne à la cloison l'épaisseur d'une simple bande de 1 demi-centimètre de hauteur; peut-être même ces contractions sont-elles dues aux fibres circulaires de l'intestin lui-même. C'est tout ce qui reste maintenant du périnée. Au-dessus de cette petite bande, la paroi recto-vaginale fait saillie ; elle a le volume d'une noix et se trouve hors de la vulve. La malade fait-elle un effort, cette saillie s'exagère, et le doigt, introduit en crochet dans le rectum, constate qu'elle est formée aux dépens de la paroi antérieure de ce conduit et qu'il s'agit là d'une rectocèle. Si l'effort se continue, l'utérus descend à son tour et le museau de tanche apparaît au dehors. Le col est volumineux, rouge et tendu. Cette chute de l'organe gestateur entraîne, du côté de la cloison vésico-vaginale, une masse comparable à la saillie rectocélique, et que la présence d'un pilier longitudinal rencontré par des saillies transversales, fait reconnaître pour la paroi antérieure du vagin, doublée de la vessie. Une sonde de femme introduite par l'urèthre, indique la situation du bas-fond de cet organe.

Ainsi, trois saillies obturent l'orifice vulvaire : rectocèle, prolapsus utérin et cystocèle; mais, de ces trois déplacements, le plus grave est le prolapsus utérin. Le tiraillement des ligaments larges et l'irritation que cause l'élongation des nerfs du plexus hypogastrique, rendent la station debout et prolongée impossible, et ce déplacement d'un organe aussi important que l'organe gestateur, suffit pour provoquer dans la santé les plus sérieux désordres.

A la place du périnée, on trouve des deux côtés, en avant du rectum jusqu'au point où se réunissent normalement les petites lèvres, une surface rose, lisse, triangulaire, qui est manifestement la surface cicatrisée de chaque portion du périnée fendu.

Ces deux triangles ne sont pas absolument plans, ils sont légèrement excavés, et le gauche est incontestablement le plus étendu. Le sommet de ces triangles est contigu à la vulve, la base est adjacente au rectum, et, des deux côtés, l'un confine à la muqueuse vaginale, et l'autre aux téguments de la fesse.

Cette disposition en triangle est l'expression exacte de la forme normale du périnée, que diviserait une fente récente sur les bords de laquelle les fibres musculaires voisines exerceraient un tiraillement latéral.

M. Richet exécute l'opération suivante :

Par un incision qui suit la courbe que présente la déchirure périnéale depuis la base de la grande lèvre gauche jusqu'à celle de droite, il divise la surface cicatricielle en deux moitiés égales, une antérieure et l'autre postérieure, sur une profondeur de 1 millimètre, environ, puis il dissèque, du côté du vagin, un lambeau semi-circulaire en décollant la cloison vaginale dans l'étendue de 8 à 10 millimètres. Ce lambeau est relevé du côté du vagin, et les surfaces saignantes sont adossées à l'aide de trois ou quatre points de sutures métalliques, dont les fils sont ramenés par l'orifice vulvaire. Ainsi se trouve constitué une sorte de plan incliné qui relève le plan postérieur du vagin insensiblement jusqu'à l'orifice de la vulve restaurée, formant ainsi une sorte d'éperon sur lequel les liquides vaginaux sont conduits au dehors, sans pouvoir s'infiltrer à travers la suture suffisamment serrée et présentant, sur la ligne médiane, une sorte de crête saillante avec deux rigoles latérales.

Cela fait, M. Richet avive la moitié antérieure de la déchirure périnéale restée intacte, et fait la réunion à l'aide de trois points de suture enchevillée.

On a donc ainsi deux lignes de sutures : l'une que M. Richet appelle *suture vaginale* ou muqueuse, l'autre qu'il nomme *suture cutanée* ou *extérieure*.

Le résultat immédiat de l'opération parut des plus satisfaisants. Le périnée, ainsi reconstruit, offrait une hauteur de 4 centimètres, environ, de l'anus à l'orifice vulvaire extérieurement; du côté du vagin, la suture vaginale formait une sorte de plan doucement incliné de la vulve à la paroi postérieure du vagin, avec une crête médiane saillante très-prononcée ; les fils de cette suture furent ramenés au dehors de la vulve et entourés de diachylon.

Une injection d'eau froide poussée dans le vagin, permit de constater que le liquide s'écoulait au dehors de chaque côté de l'éperon médian, et la rectocèle, même dans les efforts faits par la malade, n'avait aucune tendance à apparaître au dehors.

La malade fut reportée à son lit, les jambes furent maintenues demi-fléchies sur un coussin passé sous le creux poplité, et fixées l'une contre l'autre à l'aide d'une serviette pliée en cravate.

La malade prit dans la journée une pilule d'opium de 2 centigrammes de deux heures en deux heures. On la sonda à plusieurs reprises pour éviter que l'urine ne coulât sur la plaie, et l'on fit fréquemment des injections d'eau froide dans le vagin.

La réaction fébrile fut presque nulle.

Le cinquième jour, M. Richet enleva les fils de la suture cutanée, la réunion était parfaite.

Le sixième jour, la malade fut prise d'envies irrésistibles d'aller à la garde-robe, et eut successivement trois selles abondantes. Malgré ces évacuations, on trouva la suture dans un état parfait. On continua l'opium à la dose d'un décigramme par vingt-quatre heures.

Le onzième jour on enleva les fils de la suture muqueuse, ce qui ne se fit pas sans quelques difficultés, tant l'ouverture vaginale se trouvait rétrécie par la restauration périnéale. On cessa de pratiquer le cathétérisme, et la malade put être considérée comme entièrement guérie.

Quarante-huit jours après l'opération, voici l'état dans lequel elle se trouve : Les garde-robes ont lieu régulièrement tous les jours ; qu'elles soient liquides ou solides, la malade les retient comme avant son accident ; bien plus, les gaz eux-mêmes ne s'échappent plus involontairement. Elle peut rester debout toute la journée, s'occuper à balayer dans les salles, et porter des paquets de linge sans ressentir aucune souffrance.

Lorsqu'elle est debout, et si on lui recommande de tousser ou de faire un effort, la cystocèle a quelque tendance à se produire, mais il n'est plus question de la rectocèle. Quant à l'utérus, il est parfaitement maintenu et sans tendance à l'abaissement, ce qui tient certainement à ce que les parois vaginales sont actuellement très-bien soutenues par le périnée.

Lorsque la malade est couchée, les cuisses écartées, on ne se douterait certainement pas, si l'on n'était prévenu, qu'elle a subi une opération. Effectivement, l'ouverture vulvaire est régulière, plutôt petite que grande ; elle est limité en arrière par un bord curviligne, offrant une épaisseur de 2 millimètres et constitué par la réunion de la muqueuse vaginale à la peau du périnée.

Ce périnée de nouvelle formation offre en hauteur, de l'anus à la commissure vulvaire, 3 centimètres ; sur la ligne médiane on voit un raphé, trace de la suture, et sur les côtés de ce raphé, à 8 millimètres environ, les traces des trois orifices par lesquels ont pénétré les trois fils de la suture métallique cutanée.

Pour apprécier l'épaisseur de ce plancher périnéal reconstitué, il faut introduire l'index dans l'anus et le pouce dans le vagin. A la base, l'épaisseur est de 2 centimètres, environ, et les deux surfaces cutanée et muqueuse viennent ensuite en s'inclinant se confondre à la commissure vulvaire.

Lorsque, le doigt introduit dans l'anus, on engage la malade à resserrer cet organe, on sent manifestement la contraction musculaire s'effectuer, plus faible sans doute qu'à l'état normal, mais bien suffisante néanmoins pour empêcher les gaz et les liquides de s'échapper; la malade retient parfaitement les lavements.

Si on la fait pousser, on voit la paroi antérieure du vagin tendre à se porter à l'extérieur, mais bientôt, ce mouvement de projection est arrêté par la commissure vulvaire un peu soulevée dans l'effort; cette commissure s'oppose ainsi, non-seulement à la précipitation de l'utérus hors de la vulve, mais encore à la rectocèle et même à la cystocèle.

(*Union médicale,* 1869. — *Revue photographique.* 1869.)

Près d'un an après l'opération, j'ai revu la malade à la Clinique, où M. Richet l'avait fait rentrer, et je puis affirmer que rien n'était changé dans la configuration des parties restaurées. Sa vulve était étroite, pas assez cependant pour mettre obstacle au coït, et ni l'utérus ni la vessie, ni le rectum ne se présentaient à l'orifice. La malade ne souffrait pas, et son état était des plus satisfaisants.

M. Richet m'a dit avoir pratiqué en ville la même opération pour un cas tout à fait analogue et avec le même succès; la malade avait essayé inutilement de porter des pessaires et, entre autres, le pessaire de Grandcollot, pour soutenir la vessie et l'utérus dont le prolapsus était complet. M. Richet a revu son opérée, au commencement de l'année 1873, et il a constaté que le nouveau périnée maintenait à merveille les organes tendant à franchir la vulve. La femme était alors enceinte, et M. Richet n'avait qu'une crainte, c'est que l'accouchement ne déterminât une rupture, non pas à cause du peu de solidité de la

cicatrice, mais vu l'étroitesse de la vulve. Le périnée a cependant parfaitement résisté, et l'accouchement n'a modifié en quoi que ce soit le parfait état de la femme. Je regrette de ne pas pouvoir insérer ici cette observation, mais l'affirmation de M. Richet suffit pour nous permettre d'enregistrer un succès de plus parmi les cas où la périnéorrhaphie a été pratiquée pour lutter contre les prolapsus des viscères vaginaux.

3° DÉCHIRURE SUPERFICIELLE DU PÉRINÉE, ET PÉRINÉORRHAPHIE SANS DÉCHIRURE DU PÉRINÉE.

Dans les observations précédentes, nous voyons que la périnéorrhaphie eût été parfaitement indiquée, même en l'absence de prolapsus; mais je veux ici citer d'autres cas où l'opération n'a été faite que pour opposer une barrière aux prolapsus, soit que le périnée n'ait pas été déchiré, soit qu'il l'ait été si peu qu'on n'eût jamais songé à pratiquer une anaplastie uniquement pour lui rendre sa forme primitive.

4e OBSERVATION. — *Pas de déchirure du périnée.— Chute complète de l'utérus avec cystocèle. — Périnéorrhaphie*, par M. TILLAUX.

En 1870, M. Tillaux reçut, à l'hôpital Saint-Antoine, une femme de 50 ans environ, qui avait eu huit enfants, mais dont le périnée n'avait jamais été déchiré. Cette femme avait, depuis six mois, une chute complète de l'utérus qui s'était produite peu à peu; l'organe n'avait jamais été réduit ; la tumeur avait le volume d'une fœtus et pendait entre les cuisses; sa surface était sèche, rose et cutisée. Le col utérin, très-gros, présentait une ulcération fongueuse; il y avait, comme c'est la règle en pareil cas, cystocèle presque complète; l'urèthre était fortement dévié en bas. Pas de rectocèle. La malade se considérait comme incurable, était désolée de sa difformité qui lui rendait la marche impossible et se montrait décidée à subir l'opération qui lui serait proposée.

M. Tillaux réduisit facilement la tumeur, et sans se préoccuper de l'ulcération, il pratiqua l'opération suivante :

Il fit une incision demi-circulaire au point de jonction de la muqueuse vaginale avec les téguments, au niveau de la fourchette, et la prolongea sur les côtés jusqu'à la naissance des petites lèvres. Il disséqua le lambeau vaginal ainsi obtenu, le releva et affronta par cinq points de suture métallique entrecoupés les surfaces périnéales cruentées; la ligne qui succéda à cet affrontement était donc verticale. Cela fait, il rabattit le lambeau et le sutura au périnée par d'autres points de suture entrecoupée. Cette seconde ligne de suture se trouvait par conséquent perpendiculaire à la première.

L'opération réussit à merveille et quinze jours après la malade partit guérie. Sa vulve était très-étroite et ni le col utérin, ni la vessie ne sortaient à l'extérieur; ces organes ne paraissaient même pas à l'orifice.

Cette année, chez M. le professeur Dolbeau, j'ai pu recueillir l'observation suivante, qui présente avec celle de M. Tillaux une certaine analogie.

5e Observation. — *Déchirure superficielle du périnée. — Cystocèle et léger abaissement de l'utérus. — Périnéorrhaphie*, par M. Dolbeau.

Eugénie Lemée, 23 ans, repasseuse, entre le 8 janvier 1873 dans le service de M. Dolbeau, à l'hôpital Beaujon; elle est couchée au n° 27 de la salle Sainte-Clotilde.

Cette malade a toujours joui d'une bonne santé, ne tousse pas, et n'a eu comme maladie antérieure qu'un rhumatisme articulaire à l'âge de 17 ans. Elle est accouchée il y a dix mois à terme et le périnée fut légèrement déchiré. La malade s'est levée le lendemain de son accouchement et le quatrième jour, s'est livrée à un exercice fatigant. A partir de cette époque, elle s'est aperçue qu'elle souffrait en marchant, et, vingt jours après l'accouchement, elle remarqua qu'une tumeur se présentait à la vulve. Il survint alors des maux de reins et des envies fréquentes d'uriner. (La malade a uriné jusqu'à quinze fois dans une matinée, mais sans douleur.)

A son entrée à l'hôpital, la malade ne paraît pas affaiblie, et ne présente, au point de vue de l'état général, aucun symptôme digne d'être noté, mais elle souffre pendant la marche et se fatigue vite, et de temps à autre elle a du ténesme vésical.

Si l'on examine la vulve, on constate qu'elle est légèrement prolongée en arrière aux dépens du périnée et l'on aperçoit sur la commissure une cicatrice linéaire à peine apparente; sans avoir même besoin d'écarter les grandes lèvres, on voit à le vulve une saillie, d'aspect gaufré, formée par la colonne antérieure du vagin. Cette saillie augmente considérablement dans les efforts que fait la malade, et constitue alors une véritable tumeur, qui écarte les lèvres et fait issue de 2 centimètres 1/2 environ au dehors. Cette tumeur est réductible, et, si l'on pratique le cathétérisme vésical, on y sent le bec de la sonde avec le doigt; l'urèthre est, du reste, peu dévié. Il

n'y a pas de rectocèle. Au toucher, on constate que le col utérin est un peu rapproché de la vulve; sa portion intra-vaginale est un peu plus longue qu'à l'état normal, et l'orifice cervico-utérin regarde directement en avant. A gauche, dans le cul-de-sac postérieur, on sent une petite masse mobile qui doit être l'ovaire.

M. Dolbeau pratique l'opération suivante :

Le 14 avril 1873 : il décolle et dissèque la muqueuse vaginale sur une étendue de 3 centimètres environ, après avoir fait une incision descendant de la base d'une des petites lèvres pour remonter usqu'à l'autre, en passant immédiatement en avant de la fourchette. Puis il réunit les bords du périnée par trois points de suture enchevillée; après quoi le lambeau de la muqueuse vaginale est appliqué sur le bord antérieur du nouveau périnée, et les surfaces saignantes sont maintenues en contact au moyen de huit serres-fines.

Le lendemain, ablation des serres-fines. Le 17, M. Dolbeau enlève la sonde qu'il avait mise à demeure dans la vessie, et qui occasionnait des douleurs. Le 29, réunion exacte des surfaces affrontées, enlèvement des derniers fils.

La vulve se trouve alors considérablement rétrécie, mais pas assez pour entraver le coït; la tumeur ne fait plus saillie à l'extérieur, mais elle apparaît encore à l'orifice vulvaire quand la malade tousse ou fait effort. Pour empêcher la cystocèle de se reproduire, M. Dolbeau applique lui-même un pessaire à air de Gariel qui est parfaitement supporté. Le 12 mai, la malade sort de l'hôpital, sinon complètement guérie, du moins dans un état infiniment plus satisfaisant qu'à son entrée. J'ai su qu'elle avait repris son métier de repasseuse et n'éprouvait plus ni fatigues ni souffrances pendant la station debout ou la marche.

Le fait suivant, recueilli également dans le service de M. Dolbeau, nous montre que la périnéorrhaphie peut être utilement pratiquée dans les cas de rectocèle et de rectocèle simple.

6e OBSERVATION. — *Déchirure du périnée. — Rectocèle. — Périnéorrhaphie,* par M. FELIZET.

Catherine Bonnat, 39 ans, domestique, née à Arcey (Doubs), demeurant à Paris, rue de Paris, 91 (XIXe arrondissement), entre à l'hôpital Beaujon, le 19 novembre 1869.

En 1859, première couche simple.

En 1861, seconde couche; trente heures de travail. Application de forceps, déchirure du périnée.

En 1865, quatre ans après la dernière couche, la malade ressent au périnée une pesanteur pénible et remarque qu'elle se fatigue facilement; elle ne va à la selle que rarement, tous les quatre jours environ, et la sensation de lassitude qu'elle éprouve constamment est plus prononcée après ces quelques jours de constipation.

En 1869, la malade se présente à l'hôpital Beaujon et se plaint de pertes blanches ainsi que de quelques douleurs dans les fosses iliaques.

Voici dans quel état elle se trouve à cette époque :

Le col utérin a son volume et sa consistance normaux, son orifice est très-ouvert et ses lèvres sont rouges mais non ulcérées; le liquide qui s'en échappe est transparent. L'utérus n'est pas abaissé.

La vessie n'est aucunement déplacée. Il n'y a pas trace de cystocèle.

L'ampoule rectale est très-volumineuse et forme une saillie considérable du côté du vagin. Chute de la paroi recto-vaginale; cette paroi se présente à la vulve dont elle masque entièrement l'orifice, sans toutefois faire saillie hors du conduit. Cette saillie, au dire de la malade, existait encore il y a peu de temps. Toute la portion de muqueuse ainsi apparente quand on écarte les lèvres, est d'un rose pâle et cutanisée.

A chaque effort que fait la malade, la saillie formée par la muqueuse vaginale augmente et il se produit une véritable tumeur.

En raison de la gêne qu'elle éprouve après les fatigues de la journée et lorsqu'elle est constipée, la malade insiste pour subir une opération qui la guérisse de son infirmité.

Le périnée, par le fait de la déchirure qu'il a subie, manque d'épaisseur, mais à son niveau la paroi rectale est épaisse de 5 millimètres environ. La malade n'est pas hémorrhoïdaire.

Opération. — L'opération suivante est pratiquée le 9 décembre 1869 par M. Felizet avec la permission et l'aide de son chef, M. Dolbeau.

1er *temps*. — Dissection de la paroi inférieure du vagin suivant une ligne semi-circulaire à concavité antérieure.

On obtient ainsi un lambeau flottant dont on rapproche les deux angles à l'aide de la suture entortillée.

2e *temps*. — Adossement des surfaces cruentées du périnée par quelques points de suture enchevillée.

3e *temps*. — On réunit le lambeau vaginal aux surfaces cruentées du périnée par quelques points de suture simple.

Pendant l'opération, il ne survient pas d'hémorrhagie. Le 20 décembre, on voit sourdre du pus sur le trajet de la suture enchevillée qu'on enlève.

Le 24, toutes les sutures sont enlevées. Réunion parfaite. M. Felizet perd sa malade de vue au mois de janvier 1870. Le 10 février, il la revoit, elle commence à se lever; la rectocèle a disparu.

La malade quitte l'hôpital le 7 avril 1870.

Quoique les malades n'aient pas été revues, on eut, de ces trois observations, tirer comme conclusion que la périnéorrhaphie est utile contre les prolapsus uterins et contre les cystocèles et les rectocèles simples, même dans les cas où le périnée n'a pas été déchiré ou du

moins sensiblement affaibli et raccourci par une déchirure. Peut-être le mot de périnéorrhaphie n'est-il pas celui qui conviendrait le mieux à l'opération pratiquée dans ces cas, et qui a pour but non pas de restaurer le plancher périnéal, puisque sa forme n'est pas altérée, mais d'agrandir son diamètre antéro-postérieur et de rétrécir la vulve; toutefois, on peut le conserver, vu la similitude du procédé employé avec celui qu'on applique aux véritables déchirures du périnée, et nous ne voyons pas d'avantage à le remplacer par celui de périnéoplastie, sans aucun doute plus correct.

Dans le cas de M. Tillaux, le succès a été complet, du moins, immédiatement après l'opération; dans celui de M. Félizet (rectocèle), il en a été de même. Dans celui de M. Dolbeau (cystocèle), la restauration du périnée a permis d'appliquer d'une manière efficace un pessaire à air, et la malade peut se considérer sinon comme radicalement guérie, du moins comme améliorée d'une manière sensible.

La périnéorrhaphie à lambeau vaginal me semble, du reste, devoir constituer une opération bien plus efficace contre la rectocèle que contre la chute de l'utérus et contre la cystocèle. On conçoit combien le lambeau vaginal doit agir avec efficacité contre la rectocèle, en bridant en quelque sorte l'ampoule rectale.

Procédé d'Heppner. — Les Allemands emploient une méthode qui paraît leur avoir donné de bons résultats, et le *procédé d'Heppner*, qui se trouve exposé par son auteur dans les archives de Langenbeck (juin 1873), nous paraît mériter un instant notre attention. Ce procédé est à peu près le même que celui d'Hirschberg, que

nous ne décrirons pas, mais il en diffère par le mode d'application des sutures et par le traitement consécutif.

Heppner fait l'avivement d'après la méthode de Dieffenbach, qui consiste; dit-il, dans une simple dénudation des parties qui recouvrent les faces internes des grandes lèvres et la paroi postérieure du vagin, ainsi que les surfaces latérales de la déchirure, même si celle-ci comprend la cloison recto-vaginale. Il recommande de ne pas tailler de lambeaux et de ne pas faire d'incisions libératrices ni de déplacements des tissus, et, suivant lui, cette méthode ne diffère pas de celle du professeur Simon. Celui-ci emploie le spéculum à fenêtre, tandis qu'Heppner se sert de petits crochets

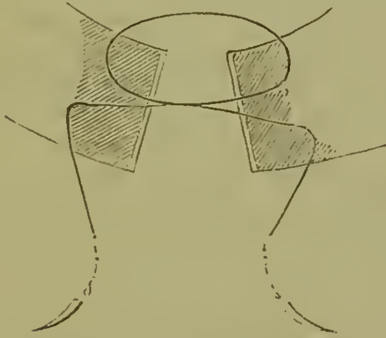


Fig. 1.

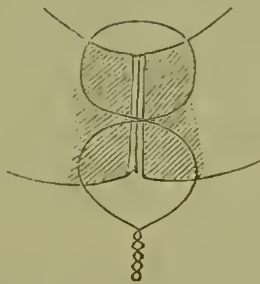


Fig. 2.

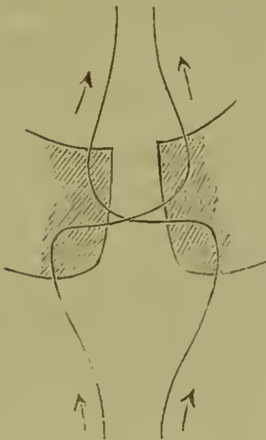


Fig. 3

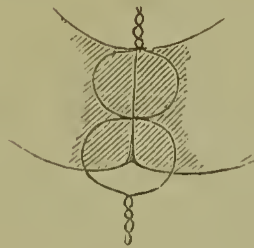


Fig. 4.

mousses. Heppner, comme Simon, avant d'arriver à faire un avivement triangulaire, avait essayé de tailler

des lambeaux, comme dans le procédé de Langenbeck, mais il a fini, dit-il, par y renoncer, à cause de la fréquence des cas où des fistules persistaient. Le côté original du procédé ne consiste guère que dans le mode de suture en 8 de chiffre que l'auteur préconise comme ayant pour effet d'affronter les surfaces saignantes sur une grande étendue.

Cette suture se fait avec un seul fil ou avec deux fils. Dans le premier mode (fig. 1 et fig. 2), un fil est armé d'une aiguille courbe à ses deux extrémités. Celles-ci sont piquées dans la paroi vaginale de part et d'autre de la solution de continuité : on les enfonce dans l'épaisseur des parties molles et on les fait ressortir au centre de la surface avivée, à égale distance du périnée et de la muqueuse vaginale ; on les croise en ce point, et on enfonce chacune d'elles du côté opposé dans la plaie saignante, au point même où vient sortir l'autre aiguille; les deux aiguilles sont alors conduites de part et d'autre de la solution de continuité de la peau, à travers laquelle elles viennent sortir en entraînant les chefs des fils que l'on noue. Le chef de droite a ainsi passé au côté gauche, celui de gauche au côté droit; chacun d'eux présente deux inflexions opposées en forme d'S, et la constriction opérée sur leur extrémité a pour effet de resserrer les parties molles étreintes par le 8 que forme leur ensemble.

Au lieu de prendre un fil armé d'une aiguille à chaque extrémité, on peut se servir de deux fils dont chacun représente alors la moitié du 8 de chiffre ; il est nécessaire, dans ce cas, de les nouer à chaque extrémité, à l'intérieur du vagin et au périnée (fig. 3 et fig. 4).

L'auteur se déclare contre l'incision du sphincter

préconisée par Simon; il ne croit pas non plus opportun de provoquer chaque jour après l'opération l'évacuation des matières par un lavement. Sans adopter absolument l'irrigation vaginale continue, il recommande les lavages fréquents du vagin. Il laisse une sonde à demeure dans le rectum pour permettre aux gaz de sortir.

Pour enlever les sutures, on coupe l'anse vaginale et on retire les fils par leur extrémité cutanée, ce temps est pénible et doit être fait avec précaution.

Voici un résumé des *observations de périnéo-colporrhaphie* pratiquées dans des cas de prolapsus de l'utérus par cette méthode.

Obs. 1. — Marguerite Tichorn, domestique, âgée de 26 ans, était accouchée pour la première fois en 1865. L'accouchement avait été suivi d'un prolapsus complet de l'utérus. Le professeur Simon avait le 1er novembre 1867 fait la colporrhaphie avec le plus grand succès; deuxième accouchement le 25 décembre 1868, suivi d'une nouvelle chute de la paroi antérieure du vagin, cystocèle de médiocre volume. Descente de l'utérus. L'opération me fut obligeamment réservée par le professeur Simon pendant mon séjour à Heidelberg, pour que je puisse démontrer mon procédé de la suture en 8 de chiffre.

Le 28 janvier 1869, opération ; avivements larges et profonds ; 6 points de suture en 8 de chiffre; 5 points de suture simple; 3 points de suture extérieurs. Abstersion deux fois par jour de la paroi avec de l'eau tiède. Pas de sonde dans l'anus. Pas d'opium. Le 1er février, les deux sutures inférieures sont entrées profondément dans les chairs.

Enlèvement de tous les fils, le 6 février.

Guérison complète.

Le résultat fut consigné dans un mémoire du docteur Engelhardt.

Obs. 2 — Eidla Heifez, juive, 45 ans, n'a accouché qu'une fois à l'âge de 15 ans. Pendant 25 ans, elle n'eut aucune maladie des organes génitaux, et ce fut seulement pendant l'été de 1867 qu'elle remarqua une descente de l'utérus. Au moment de l'opération, le prolapsus était aussi complet que possible. La vessie n'était pas déplacée. Le vagin était extrêmement large.

Sur la lèvre postérieure du col de l'utérus se trouvait une tumeur peu considérable. Déchirure superficielle du périnée.

Opération le 6 mars 1869.

Avivement large, conique, sur la paroi postérieure du vagin. 6 points de suture en 8 de chiffre. 4 sutures intérieures simples. 1 suture extérieure.

Vessie pleine de glace au périnée. Abstersion de la paroi trois fois par jour,

Le quatrième jour, les sutures inférieures en 8 de chiffre avaient pénétré profondément dans les tissus et furent relâchées par la section des fils, qu'on n'enleva pas.

On les enleva le sixième jour. Le huitième, enlèvement des sutures en 8 de chiffre supérieures. Le dixième jour, enlèvement des sutures intérieures simples.

Guérion complète. Rétrécissement manifeste du vagin. Comme la malade resta encore quelques mois à la Clinique, on put constater que la guérison s'est maintenue.

Obs. 3. — Pesja Lubedeff, juive, 38 ans, a eu 6 enfants, le premier à l'âge de 18 ans. A eu la syphilis il y a 4 ans. Depuis 3 ans, la paroi antérieure du vagin se renverse ; de plus il existe une fistule vagino-périnéale, et des ulcérations se voient au pourtour de l'orifice de l'urèthre. Incontinence d'urine et miction pénible.

Opération le 27 juin 1869. Le périnée est incisé jusqu'à la fistule et l'avivement est continué sur la paroi postérieure du vagin. 9 points de suture en 8 de chiffre.

Les deux premiers jours, sonde à demeure dans la vessie et injections fréquentes dans le vagin. Enlèvement des fils le septième et le neuvième jour. Guérison radicale avec retrécissement du vagin. Néanmoins, l'incontinence d'urine ne disparut qu'au bout d'un an.

Obs. 4. — Rosalie Neweroff, bourgeoise, 56 ans, a eu neuf enfants, le dernier il y a 8 ans. Se livra dans ces dernières années à des travaux pénibles. Depuis un an, chute de l'utérus avec cystocèle et rectocèle. L'utérus et principalement sa portion cervicale est fortement hypertrophié. Sa cavité mesure 4 pouces 1/2 de long. La marche occasionne des douleurs lombaires et abdominales.

Opération le 23 décembre 1869 ; 6 sutures en 8 de chiffre ; 3 sutures simples, 2 intérieures, 1 extérieur. Injections vaginales fréquentes. Le dixième jour, enlèvement des sutures simples et de plusieurs sutures en 8 de chiffre. Le seizième jour, enlèvement des derniers fils.

Succès complet ; périnée solide. La malade n'a pas été revue depuis l'opération.

Obs. 5. — Lea Jankeleff, juive, 30 ans, a eu un seul enfant, et il y a 10 ans. D'après les renseignements, un peu vagues, il est vrai, fournis par la malade, on peut penser que lors de l'accouchement, il y a eu chute de l'utérus, et réduction immédiate. La malade quitta le lit dès le deuxième jour pour vaquer à ses affaires. Il survint bientôt une descente, et finalement une procidence complète de l'utérus avec cystocèle et rectocèle. L'utérus n'est pas hypertrophié.

Opération le 14 janvier 1860 ; avivement comme dans les cas précédents. Six sutures en 8 de chiffre. Sutures simples, 4 intérieures, 2 extérieures.

Enlèvement des points de suture le douzième et le quatorzième jour. Cicatrisation complète.

La malade resta encore quatre mois en observation.

Obs. 6. — Eugénie M., femme d'un employé, 24 ans, a accouché il y a 5 ans. Déchirure peu considérable du périnée et chute de la paroi postérieure du vagin. De plus, il existe à gauche une fistule recto-périnéale. La malade est hystérique au plus haut point. Douleurs dans les lombes et dans la région hypogastrique.

Opération le 18 mars 1871 ; avivement large et élevé ; cinq sutures en 8 de chiffre ; 3 sutures simples intérieures ; enlèvement des fils le huitième jour, guérison. La fistule périnéale fut opérée un mois après par incision.

Obs. 7. — Natalie Michailoff, bourgeoise, 61 ans, n'a eu qu'un enfant il y 25 ans. L'accouchement fut long et laborieux. La malade se rétablit néanmoins sans les secours de l'art.

En 1868, la malade commença à s'apercevoir que l'utérus sortait par la vulve ; depuis cette époque, le prolapsus devint complet et s'accompagna de cystocèle et de rectocèle.

Opération le 10 octobre 1821 ; avivement très-élevé ; 3 sutures en 8 de chiffre ; sutures simples : 4 intérieures et 1 extérieure ; enlèvement des fils le 1er novembre ; cicatrisation complète ; six mois après l'opération, on constate que l'utérus est toujours parfaitement maintenu.

Obs. 8. — Caroline Dilewitz, domestique, 26 ans, n'a pas eu d'enfants et se dit vierge. Est tombée sur les pieds du haut d'un arbre il y a plusieurs années et s'est toujours livrée à des travaux pénibles. Sa chute de l'utérus fut constatée par la malade il y a quatre ans. Actuellement, le prolapsus est aussi complet que possible, le col utérin se trouve à égale distance du périnée et des genoux. Le vagin est entièrement retourné, cystocèle complète, rectocèle très-prononcée. Dans la portion supérieure de la tumeur, la palpation fait découvrir les ovaires et la percussion, des anses intestinales. Ulcérations sur les deux lèvres du col de l'utérus. La marche est impossible, et il existe des douleurs violentes dans la région hypogastrique.

Opération le 6 septembre dans un hôpital insalubre ; avivement très-élevé ; 3 sutures en 8 de chiffre ; sutures simples. 6 intérieures, 3 extérieures.

Au dire de la malade on ne fait pas dans le vagin pendant les premiers jours les injections prescrites. Le troisième jour, fièvre intense, gonflement de la vulve. Erysipèle qui, parti de la plaie, envahit la cuisse et apparait sur le tronc, pour reparaître de nouveau à son point de départ.

Enlèvement de tous les fils le 27 septembre.

Amaigrissement très-prononcé, perte des forces ; température très-élevée. Abcès phlegmoneux à la fesse droite ; le 25 octobre pneumonie hypostatique et néphrite albumineuse. Morte le 11 novembre 1872.

L'autopsie permet de constater relativement aux organes contenus dans le bassin, les détails suivants :

L'entrée du vagin est assez large pour laisser passer trois doigts, mais non

toute la main. L'utérus est peu hypertrophié, les ovaires sont volumineux mais sains. Le sommet de la vessie se trouve dirigé en arrière. La cavité de Douglas est d'une profondeur tout à fait anormale et va jusqu'au périnée. En pressant sur l'utérus, on ne peut nullement le faire sortir par la vulve.

En résumant encore davantage ces observations, on peut dresser le tableau suivant (1) :

Obs. 1. — Chute complète de l'utérus; cystocèle; pas de déchirure du périnée. — Succès complet.

Obs. 2. — Chute complète de l'utérus, pas de cystocèle, déchirure superficielle du périnée. — Succès complet. Malade revue quelques mois plus tard.

Obs. 3. — Prolapsus de la paroi antérieure du vagin (probablement cystocèle). Pas de déchirure du périnée. — Succès complet.

Obs. 4. — Chute de l'utérus, cystocèle, rectocèle, pas de déchirure du périnée. — Succès complet.

Obs. 5. — Chute complète de l'utérus, cystocèle, rectocèle, pas de déchirure du périnée. — Succès complet, malade revue 4 mois après.

Obs. 6. — Prolapsus de la paroi postérieure du vagin, rectocèle, déchirure superficielle du périnée. — Succès.

Obs. 7. — Chute complète de l'utérus, cystocèle, rectocèle, pas de déchirure du périnée. — Succès complet, malade revue 6 mois après.

Obs. 8. — Chute complète de l'utérus, cystocèle, rectocèle. — Mort d'érysipèle.

Si on fait abstraction de la dernière observation, où nous voyons la malade succomber à un érysipèle, on constate que, dans 5 cas de chutes de l'utérus, dont 4 complètes et 3 compliquées de rectocèle et de cystocèle, l'opération a été suivie d'un succès complet; nous ne notons pas d'exemples de formation de fistules vagino-périnéale.

Le procédé d'Heppner, quoique inférieur, suivant nous, aux procédés que nous avons décrits, nous paraît cependant pouvoir convenir aux cas où il n'y a

(1) Il est fâcheux de ne trouver dans les observations d'Heppner aucun renseignement sur le degré de l'allongement hypertrophique du col qui existait à coup sûr chez un grand nombre de ses malades. Heppner entend, sans aucun doute, par chute complète de l'utérus, le renversement du vagin en totalité et doit confondre les chutes vraies et ce que nous avons appelé des fausses chutes de l'utérus. — Ses observations ont cependant une valeur réelle en prouvant l'utilité des anaplasties périnéo-vaginales soit dans les véritables déplacements des viscères vaginaux, soit dans les allongements hypertrophiques de la portion sus-vaginale du col utérin.

pas de déchirure complète du périnée et de la cloison. Remarquons que deux fois seulement sur ces 8 cas, il y avait déchirure du périnée, et encore déchirure superficielle. Comme le mode d'avivement d'Heppner est à peu près le même que celui de Dieffenbach, nous le repoussons dans les cas de déchirure complète, lui préférant de beaucoup les procédés à lambeau, pour les raisons que nous avons déjà signalées.

Evidemment, ce procédé, que nous avons répété sur le cadavre, est ingénieux, et la suture en 8 de chiffre affronte bien les tissus; toutefois, ce mode d'affrontement nous paraît inférieur à celui de Roux, c'est-à-dire à la suture enchevillée; on court le risque, en effet, de froncer les surfaces cruentées en serrant les fils, et de diminuer ainsi l'étendue de la surface d'affrontement; il est vrai que cet inconvénient est un peu compensé par l'avantage qu'il y a à adosser plus exactement les bords de la plaie du côté du vagin, sur la limite de la ligne profonde d'avivement.

Heppner a raison de donner à l'opération que nous avons brièvement décrite le nom de *périnéo-colporrhaphie.* Ce n'est pas là, en effet, une périnéorrhaphie simple, puisque la muqueuse vaginale est avivée.

Episiorrhaphie.

Lorsque, pour maintenir l'utérus, la vessie ou le rectum réduits, on veut pousser la synthèse plus loin, nous avons dit qu'on réunissait sur une certaine étendue les bords de l'orifice vulvaire; cette synthèse porte le nom d'*épisiorrhaphie,* opération qui peut et doit même

toujours, suivant nous, être combinée avec la périnéorrhaphie (1).

Nous ne parlerons pas de l'*infibulation*, vieille opération, instituée dans un but peu scientifique.

L'épisiorrhaphie (ἐπίσειον, *pudendum*, ῥαφή, suture), opération pratiquée, en 1833, par *Fricke* (de Hambourg), consiste à provoquer l'adhérence des deux grandes lèvres dans une certaine étendue, afin de rétrécir la vulve.

Fricke recommande d'aviver les deux tiers postérieurs des grandes lèvres par l'ablation d'un lambeau saignant de la largeur d'un doigt ; les extrémités inférieures des deux lambeaux se réunissent au niveau de la fourchette et la perte de substance a la forme d'un V. On affronte les surfaces saignantes par quelques points de suture simple.

Lorsqu'on pratique l'opération telle que Fricke l'a faite, il est fréquent de voir les lambeaux se désunir en bas et un pertuis persister en avant de la fourchette. D'après Velpeau, Fricke aurait soin de favoriser la formation de ce pertuis, afin de permettre aux liquides de s'écouler au dehors.

En 1836, Fricke avait déjà fait douze fois l'épisiorrhaphie, toujours avec succès, suivant lui, et Dieffenbach recommandait cette opération ; si plus récemment elle a donné parfois de bons résultats, il faut cependant convenir que, bien souvent, on n'atteint pas, en la pratiquant, le but que l'on poursuit et qui consiste à maintenir à l'in-

(1) Toute périnéorrhaphie rétrécit l'orifice vulvaire, mais à proprement parler, cette opération n'a pour but que de lui rendre son diamètre normal, celui qu'il devrait avoir si la périnée n'était ni déchiré ni élargi ; le nom d'épisiorrhaphie est particulièrement réservé aux opérations à l'aide desquelles on fait un orifice plus étroit qu'il ne doit l'être à l'état normal.

térieur du vagin l'utérus, le rectum ou la vessie tendant à s'en échapper par la vulve. Si l'orifice vulvaire est encore assez large au-dessus de cette espèce de pont destiné à le rétrécir, la vessie et même l'utérus peuvent venir s'y engager, et ce dernier organe peut aussi finir par pénétrer, après l'avoir dilaté, dans le pertuis persistant au-dessus de la fourchette. Dans un cas rapporté par Platte (de Hambourg), la femme accoucha par cet orifice, entre le périnée et les grandes lèvres réunies. L'opération de Fricke n'est donc pas à l'abri de la critique; je citerai cependant deux cas assez récents où elle a été faite avec succès, mais le procédé a été un peu modifié.

7e Obs. — *Taunton and Somerset Hospital.* Opération for the radical cure of prolapsus uteri. (Opération pour la cure radicale du prolapsus utérin) by C, H, Cornish. F. R. C. S. Senior Surgeon to the hospital.

Sarah C., 48 ans, veuve. Prolapsus existant depuis 20 ans ; l'utérus dans la station pend entre les cuisses. Petit polype inséré près du col, enlevé par la ligature. Les règles coulent encore.

26 novembre 1860. — Incision partant des côtés du méat urinaire et portant sur le bord cutané des deux grandes lèvres jusque sur la fourchette. A un pouce et demi en arrière, sur les parties latérales et postérieures du vagin, seconde incision et enlèvement d'un lambeau de muqueuse. Pas d'hémorrhagie. 3 sutures emplumées en arrière, 4 sutures éntrecoupées en avant, le tout en fil d'argent. Les genoux sont rapprochés et liés, un cathéter est introduit dans la vessie.

Cinq centigrammes d'opium toutes les 4 heures. Dix centigrammes pour la nuit.

Le 29, on ajoute trois onces de Porto, le 3 décembre on enlève les sutures. Sortie le 9 février : réunion parfaite jusque tout près du méat. La malade se promène sans éprouver de gêne.

(*British medical journal*, 23 février 1862).

8e Obs. — *Chute complète de l'utérus. — Épisiorrhaphie. — Guérison,* par M. Foucher.

La nommée Monty (Anne), âgée de 49 ans, entrée à la salle Saint-Charles, n° 20, dans le service de M. Foucher.

Cette malade est affectée d'une chute complète de l'utérus.

La matrice était d'abord facilement réductible et ne paraissait au dehors que lors de la station debout ou de la marche ; mais, depuis huit mois, elle

n'a pas été réduite, et voici ce que l'on peut constater le jour de l'entrée de la malade à l'hôpital.

On trouve, à l'orifice vulvaire, une tumeur pyriforme dont la petite extrémité est tournée en bas. Cette tumeur est évidemment formée par l'utérus, recouvert de la paroi vaginale retournée en doigt de gant. La muqueuse est considérablement hypertrophiée, œdémateuse, rugueuse, desséchée et ulcérée à sa surface. A la partie inférieure de la tumeur, on voit l'ouverture du col effacée et entourée de parties rouges et ulcérées. La palpation fait reconnaître, au centre de la tumeur, le corps de l'utérus, et il est facile de s'assurer que le col et le corps sont volumineux l'un et l'autre, sans que l'hypertrophie porte plus particulièrement sur le col.

Il s'agit donc bien ici d'une chute véritable et complète de toute la matrice. La malade urine difficilement et en grande partie sur la tumeur.

Le jour même de l'entrée de la malade, M. Foucher essaye de réduire l'utérus, mais, comme les parties sont douloureuses et très-tuméfiées, sans doute par suite de la marche, il ne persiste pas dans sa tentative de réduction.

Le surlendemain, après un repos de deux jours, la tuméfaction inflammatoire a diminué, et la réduction s'effectue.

Les jours suivants, on essaye de maintenir l'utérus avec des tampons et divers pessaires mais, chaque fois que la malade se lève, la matrice et le pessaire s'échappent, à cause des dimensions considérables de l'orifice vulvaire. C'est alors qu'on songe à pratiquer une opération ayant pour but de maintenir l'utérus dans le vagin.

Cette opération fut faite, le 6 octobre, de la manière suivante :

La malade étant couchée sur le dos, les cuisses écartées, un spéculum de Bozeman de grandes dimensions fut introduit dans le vagin, de manière à soulever la paroi antérieure et à mettre à découvert la paroi postérieure dans toute son étendue.

Le premier temps consista à faire l'avivement, qui fut d'abord circonscrit par une incision longeant de haut en bas le bord antérieur de chaque petite lèvre dans sa moitié inférieure, et s'étendant d'une petite lèvre à l'autre en traversant la fourchette.

La muqueuse vaginale fut excisée sur les parois postérieures et latérales, dans une étendue de 6 centimètres environ à partir de la fourchette. La muqueuse des petites lèvres fut, de même, excisée dans les deux tiers environ de leur hauteur.

Dans le second temps, cinq points de sutures à fils métalliques furent placés de la façon suivante :

Le premier, le plus élevé et le plus profond, partant de la petite lèvre gauche à sa partie supérieure, s'enfonçant dans la paroi vaginale pour sortir à 1 centimètre 1/2 environ plus en arrière et en bas ; s'enfonçant de nouveau à droite dans la paroi vaginale pour sortir à 1 centimètre 1/2 en avant et en haut, au niveau de la petite lèvre droite.

Les quatre autres points furent placés successivement de la même manière en se rapprochant de la fourchette. Les fils métalliques furent tordus et con-

pés, comme dans l'opération de la fistule vésico-vaginale. Cela fait, l'orifice vulvaire, considérablement rétréci, laissait encore, en haut, un espace suffisant, mais incapable de laisser passer l'utérus; une sonde à demeure fut placée dans la vessie, et la malade fut reportée à son lit.

Le 22, on permet à la malade de se lever, et, quand elle est debout l'utérus se présente à la vulve; mais, retenu par la bride cicatricielle, il ne tombe plus au dehors, et la vulve conserve cependant une largeur suffisante.

Le 2 novembre, voulant empêcher que la matrice ne vienne presser continuellement sur la bride cicatricielle, M. Foucher introduit dans le vagin un pessaire à air, de manière à maintenir la matrice en place.

Le 6, la malade quitte l'hôpital, guérie de son infirmité. (*Bulletin de thérap.*)

La difficulté dans l'épisiorrhaphie n'est pas d'obtenir la réunion des surfaces affrontées, mais d'opposer aux viscères une barrière infranchissable et résistante.

Dans les deux cas précédents, l'utérus était évidemment maintenu à l'intérieur du vagin lorsque les malades ont quitté l'hôpital; dans le premier, la femme est restée en observation un mois, mais, dans le second, elle est partie aussitôt après sa guérison. Il est malheureusement possible que, quelques mois ou quelques années plus tard, la difformité se soit reproduite, et les observations où l'on rapporte les opérations pratiquées en vue de remédier aux prolapsus des viscères vaginaux ne devraient jamais être publiées que lorsqu'on a pu constater que le succès s'est maintenu au moins un an ou deux, malgré la marche et malgré les fatigues auxquelles se livrent d'ordinaire les malades d'une certaine classe.

C'est ainsi que j'ai observé récemment une femme qu'avait, il y a cinq ans, opérée A. Richard à l'hôpital Beaujon, et qui était rentrée dans le même hôpital pour y subir une nouvelle opération, la difformité dont elle était atteinte s'étant en partie reproduite.

Voici le fait :

9e Obs. — *Fausse chute de l'utérus ou allongement hypertrophique de la portion sus-vaginale du col. — Épisiorrhaphie il y a cinq ans. — Guérison pendant deux ans et demi. — Récidive.*

Joséphine Ducoquet, femme Cuvillier, âgée de 62 ans, couchée au no 24 de la salle Sainte-Paule, à l'hôpital Beaujon. Entrée le 14 mai 1873 ; sortie le 2 juillet 1873.

Cette malade a eu deux enfants, le premier à l'âge de 20 ans, le second à 22 ans. Pendant ce dernier accouchement s'est produit une déchirure du périnée. La malade, qui « faisait le velours », nous dit-elle, travaillait debout, et, quelques mois après sa dernière couche, elle s'est aperçue qu'une tumeur se présentait à la vulve après la marche et après le travail de la journée. Vers la même époque sont survenues des pertes et peu à peu la tumeur a augmenté de volume, au point d'acquérir des dimensions considérables ; la malade ne pouvait plus marcher et éprouvait des douleurs sourdes dans les lombes. Pas de trouble cependant du côté de la miction et de la défécation. Pendant longtemps, la malade a porté des pessaires en gimblette ; l'un d'eux, en liége, a été gardé deux ans et n'a pu être retiré que par morceaux.

Il y a dix ans, au moment de la menopause, la malade a eu des pertes abondantes qui se renouvelaient tous les quinze jours, pertes qui l'ont beaucoup affaiblie ; l'application des pessaires est devenue si douloureuse qu'on a été obligé d'y renoncer, et la tumeur est restée depuis lors à l'extérieur.

La malade est entrée alors à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. A. Richard, qui lui a pratiqué, le 20 juillet 1879, une opération sur laquelle je n'ai que des détails très-succincts, et qui me semble avoir été une épisiorrhaphie. La malade que l'on a opérée endormie par le chloroforme, affirme qu'on lui a cousu la vulve et qu'après l'opération la tumeur avait disparu. Quelques jours plus tard, M. Richard l'a examinée de nouveau, mais la malade ne peut nous dire ce qui lui a été fait.

Bref, quelques jours après cette opération, qui n'a entraîné aucun accident et a causé à peine de fièvre, la malade a commencé à marcher; mais elle se sentait gênée pour écarter les jambes; elle ne souffrait plus : il n'y avait plus trace de tumeur à la vulve: pas d'écoulement.

Pendant deux ans et demi, la guérison a semblé parfaite, mais, peu à peu, la tumeur a reparu sous l'influence de quelques excès de travail et de la fatigue entraînée pour la malade par les soins qu'elle donnait à un mari infirme. Néanmoins, il s'en faut de beaucoup que la tumeur ait repris le volume qu'elle avait au moment de l'opération.

État actuel. Aujourd'hui, on constate, à l'entrée de la vulve et pendant entre les cuisses, une tumeur à peu près cylindrique présentant, à son extrémité libre, notablement moins large que sa base, une ulcération fongueuse du diamètre d'une pièce de 2 francs, rougeâtre et saignant au moindre contact. Au centre de cette ulcération se voit l'orifice du col largement ouvert. La surface de la tumeur, formée par le vagin prolapsé, est sèche et rosée, sans plis ni rides. Au niveau de l'orifice vulvaire est un sillon circulaire dans lequel on peut engager la pulpe du doigt et qui répond à l'origine du vagin.

La tumeur repose sur un bord tranchant qui représente la fourchette, le périnée paraît résistant, et son diamètre antéro-postérieur a environ 3 centimètres.

En avant, le tubercule antérieur du vagin vient masquer, en s'appliquant sur lui à la manière d'un opercule, l'orifice du canal de l'urèthre, qu'on ne peut apercevoir qu'en réduisant la tumeur.

Celle-ci est ferme et résistante et semble se prolonger dans l'excavation; les pressions exercées sur elles ne sont pas douloureuses, mais les attouchements des bords de l'orifice vulvaire provoquent chez la malade des soubresauts et même de véritables crises nerveuses; il en est surtout ainsi lorsqu'on soulève la tumeur pour passer le doigt entre sa face postérieure et la fourchette. Il y a là une hyperesthésie très-prononcée.

Par le *toucher rectal*, on constate qu'il n'y a pas la moindre dilatation au-dessus de l'anus, pas la moindre ampoule faisant partie de la tumeur et pouvant constituer une rectocèle. Aussi haut que le doigt peut pénétrer dans l'intestin, il sent la face postérieure de l'utérus, ou pour mieux dire une masse dure et régulière, sans bosselures, qui doit être le corps de l'organe resté dans l'excavation.

Le cathétérisme vésical nous fait penser que la vessie n'entre que pour une très-faible part dans le volume de la tumeur. Pour faire pénétrer la sonde de femme dans la cavité du viscère, il faut élever légèrement son pavillon et diriger son bec un peu en arrière, mais l'urèthre n'est évidemment que peu dévié, et, en pressant sur la tumeur, on ne fait pas sortir la moindre goutte d'urine. Ajoutons que le doigt placé dans le rectum ne parvient pas à sentir le bec de la sonde dans la vessie. Il y a là interposition d'une masse épaisse qui ne peut être que l'utérus. La tumeur se laisse réduire aisément, sans qu'il se fasse entendre aucun gargouillement; il suffit, pour obtenir la réduction, de presser doucement sur le sommet du cône ou du cylindre en le portant un peu en arrière, puis de le refouler directement en haut.

Cette réduction n'est pas douloureuse, à proprement parler, mais provoque une extrême agitation nerveuse chez la malade, en raison de l'hyperesthésie vulvaire; elle ne se maintient pas, et, dès que la malade est levée et fait effort, l'ulcération se présente presque aussitôt à la vulve sans qu'on voie apparaître d'abord, comme cela est fréquent, la paroi antérieure du vagin.

Lorsque la tumeur est réduite, on distingue alors nettement le méat un peu trop largement ouvert, au centre duquel se voit la muqueuse, violacée; au-dessous de lui est le tubercule antérieur du vagin saillant; la vulve est large, mais n'est nullement excoriée; le périnée est épais et résistant. On aperçoit, au-dessus de la fourchette et à la base des grandes lèvres, une ligne cicatricielle, trace, sans doute, de l'opération pratiquée, il y a cinq ans par A. Richard; quoique le succès obtenu par celui-ci n'ait pas été complet, puisque le prolapsus s'est reproduit au bout de deux ans et demi, la malade est, aujourd'hui, dans un état bien plus satisfaisant qu'avant l'opération; elle peut marcher, quoique avec peine, et n'a plus de métrorrhagies; mais,

depuis cet hiver, son linge est souillé de muco-pus, et l'écoulement qui se produit au sommet de la tumeur est souvent assez abondant.

La malade n'a pas de troubles de la défécation. Elle urine bien et les urines sont claires; mais celles-ci s'échappent parfois involontairement pendant la station debout et la marche.

Il existe quelques tiraillements dans les aines et dans les lombes, un peu de cuisson à la vulve et surtout de l'hyperesthésie.

Les fonctions digestives s'accomplissent régulièrement, mais la malade est tourmentée par quelques hoquets qui surviennent assez fréquemment; quoiqu'elle ait maigri depuis deux ans et demi, elle est encore assez grasse et son teint n'est pas trop décoloré.

La tumeur est constamment maintenue par un bandage fait par la malade elle-même; depuis l'opération, la malade n'a pas porté de pessaire (1).

Nous regrettons de ne pas avoir pu, malgré nos efforts, nous procurer des détails précis sur cette opération pratiquée par A. Richard, mais il nous paraît probable, en nous fondant sur les renseignements fournis par la malade et sur les cicatrices de la base des grandes lèvres et du vagin, au-dessus de la fourchette, que ce chirurgien a pratiqué une épisiorrhaphie ou un perinéo-épisiorrhaphie.

On peut admettre que la malade a été guérie pendant deux ans et demi, mais ce fait nous prouve avec quelle réserve il faut accepter les observations où, après avoir rapporté les détails de l'opération, les auteurs inscrivent le mot succès. Pour se vanter d'avoir obtenu un succès, il est de toute évidence qu'il serait nécessaire d'avoir revu la malade longtemps après l'opération, car il est de peu d'importance qu'une anaplastie réussisse en tant qu'opération, si elle ne fait pas disparaître une difformité ou n'atténue pas une infirmité.

En cherchant les causes des insuccès fréquents ob-

(1) Il s'agit dans cette observation d'un allongement hypertrophique du col et non d'un déplacement vrai de l'utérus. — Nous insisterons plus loin sur l'importance qu'il y a à reconnaître les dimensions de l'utérus avant de faire choix d'une opération et d'un procédé.

servés après l'épisiorrhaphie pratiquée par le procédé de Fricke, on peut se demander comment il se fait qu'on ne parvienne pas constamment à s'opposer à l'issue de l'utérus hors de la vulve, en adossant l'une à l'autre les deux grandes lèvres et il me semble que les propositions suivantes sont admissibles.

Lorsque l'utérus s'échappe :

1° Ou le nouvel orifice vulvaire est trop large ;

2° Ou le pertuis que Fricke laisse au-dessus de la fourchette volontairement, et qui se forme parfois malgré les efforts de certains opérateurs, est trop large également ;

3° Ou la barrière formée par l'adossement des grandes lèvres est trop flasque, et, en se laissant refouler, élargit soit la nouvelle vulve, soit le pertuis ;

4° Ou cette barrière n'est pas assez résistante, et une déchirure peut se produire.

Pour faire de l'épisiorrhaphie une bonne opération dans certains cas, il suffit, suivant nous, de modifier, en nous reportant aux propositions précédentes, le procédé de Fricke, à coup sûr mauvais puisqu'il échoue souvent.

Nous dirons donc que le nouvel orifice vulvaire doit être très-étroit ; or, rien de plus simple que de rétrécir la vulve au point de l'oblitérer presque complètement : il suffit de faire un avivement très-élevé.

En second lieu, il faut éviter de laisser un pertuis persister au-dessus de la fourchette.

Enfin, il faut oblitérer en partie la vulve d'une manière solide.

Baker-Brown, en prolongeant les incisions de la vulve au périnée et en pratiquant une *épisio-périnéorrhaphie*, a

évidemment modifié très-heureusement le procédé de Fricke. En opérant comme lui, on substitue à un pont qui n'a que peu de soutien une cloison résistante faisant corps avec le périnée, et les succès nombreux que Baker-Brown a obtenus prouvent la supériorité de sa méthode.

Celle-ci consiste à enlever une portion de tissu en fer à cheval, le long des grandes lèvres et du bord antérieur du périnée, et à réunir les surfaces par un double plan de suture, un plan de points profonds de suture enchevillée et un plan de points superficiels de suture entrecoupée.

En 1861, Baker-Brown avait opéré 41 malades et avait obtenu 38 guérisons. Ce résultat me paraît si brillant que je crains que l'auteur n'ait enregistré comme succès tous les cas où la réunion s'est faite, sans tenir compte de ceux où les prolapsus se sont reproduits plus ou moins longtemps après l'opération. Néanmoins, l'emploi de la suture enchevillée substituée à la suture entrecoupée de Fricke, et l'extension de l'avivement au périnée, constituent un grand progrès.

Au procédé de Baker-Brown je préfère celui qu'a préconisé *Küchler*, dans un Mémoire important publié en 1863.

Procédé de Küchler. — Dans le procédé de Küchler on saisit, avec une longue pince plate garnie de dents, la partie postérieure de chacune des deux grandes lèvres, à partir de la hauteur de l'urèthre jusqu'à la commissure postérieure de la vulve. La plaie doit s'étendre jusqu'à la hauteur de l'urèthre, car il faut tenir compte de la rétraction cicatricielle qui s'opérera, et il y a moins d'inconvénients à faire l'avivement trop haut que trop bas.

La pince, et ce détail est important, doit saisir une

épaisseur de tissu plus grande en bas qu en haut, et au niveau de la fourchette il doit exister entre l'instrument et le bord de l'orifice vulvaire au moins un pouce de distance.

L'opérateur taille avec le bistouri, d'un seul trait et en rasant la pince en dehors, un lambeau dont la base répond à la commissure postérieure et qui se renverse de lui-même en bas par le fait de son poids (fig. 5).

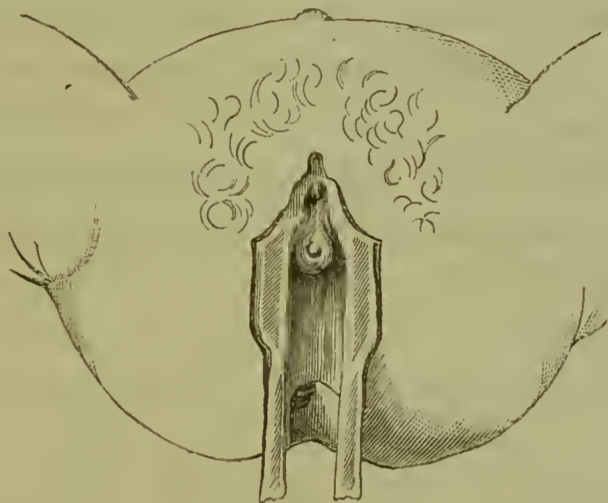


Fig. 5.

L'avivement des deux grandes lèvres ainsi terminé, le chirurgien met le doigt indicateur dans le rectum et

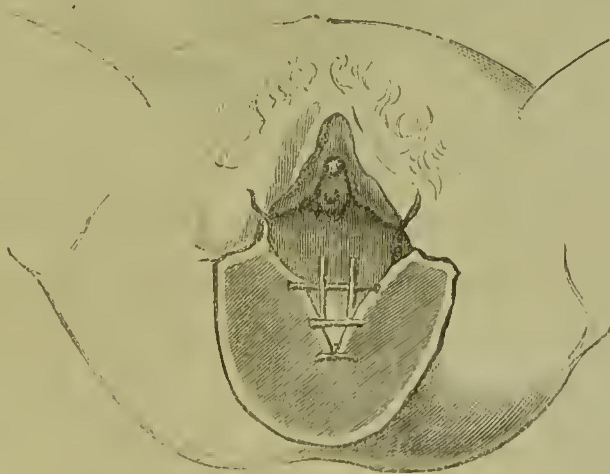


Fig. 6.

avive la muqueuse de la cloison recto-vaginale, en pé-

nétrant plus ou moins dans le vagin. La section de la base des lambeaux constitue le dernier temps de l'opération, et la plaie présente alors la forme d'un fer à cheval ou celle d'un cœur de cartes à jouer.

Pour affronter les surfaces cruentées, on rapproche d'abord leur bord interne (fig. 6) et on place un certain nombre de points de suture entrecoupée, de façon que les anses des fils soient dans la plaie et leurs chefs dans le vagin; on les noue, et les deux bords internes des surfaces avivées sont alors parfaitement en contact : il n'existe plus qu'une vaste surface, presque plane, en forme de cœur, qu'il s'agit en quelque sorte de plier en deux, en adossant l'une à l'autre ses deux moitiés latérales (fig. 7).

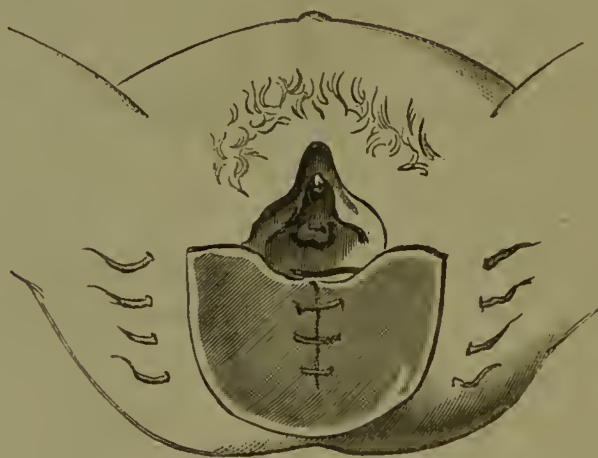


Fig. 7.

Pour obtenir ce résultat, on passe d'autres fils en dehors de la lèvre gauche de la plaie, on les conduit dans le vagin et on les fait ressortir de dedans en dehors, du vagin vers la peau, le long et à une petite distance de la lèvre droite de la surface d'avivement. On les noue et la plaie se trouve fermée; les surfaces saignantes sont ainsi très-largement affrontées, et l'on

a deux plans de suture entrecoupée ; les fils du premier plan sont noués dans le vagin et invisibles à l'extérieur, quand l'opération est terminée, ceux du second ont, au contraire, leurs anses seules dans le vagin et sont noués à l'extérieur.

Ce mode de suture a une certaine analogie avec celui de Heppner, c'est-à-dire qu'il comprend des sutures intérieures et des sutures extérieures.

La méthode de Küchler me paraît fort ingénieuse et mériterait d'être essayée en France, ce qui n'a pas, je crois, été fait.

Les surfaces d'avivement sont plus larges que celles qu'obtenait Baker-Brown, plus larges surtout en bas près de la cloison ; les sutures vaginales me semblent utiles pour bien les affronter près de leur bord interne; quant aux sutures cutanées qui les embrassent en les rapprochant en avant, elles me paraissent bien inférieures aux points de suture enchevillée qu'on pourrait leur substituer et qui produiraient, à coup sûr, un affrontement plus étendu et plus parfait. Les fils qu'on passe dans le vagin pour nouer leurs chefs à l'extérieur froncent, en effet, les surfaces cruentées, si on les serre un peu trop énergiquement et quand on a beaucoup rétréci l'orifice vulvaire après avoir serré les points de suture vaginaux, il devient assez difficile de faire passer une aiguille derrière la cloison qui ferme le conduit sans traverser la muqueuse vaginale, repoussée en avant par la cystocèle ; on ne voit pas, en effet, le trajet que suit l'aiguille, et on ne peut pas sans peine guider celle-ci avec le doigt.

En avivant comme Küchler, on pourrait affronter les surfaces comme Heppner, par des points de suture en 8

de chiffre et n'avoir ainsi qu'un seul plan de suture, ce qui simplifierait l'opération, mais je préférerais, après avoir placé les points de suture vaginaux, placer quelques points de suture enchevillée comme dans le procédé suivant.

On peut, en effet, rapprocher du procédé de Küchler un procédé nouveau que M. *Théophile Anger* a mis récemment en pratique, avec succès, chez deux malades atteintes de chute complète de l'utérus.

Procédé de M. Th. Anger. — Voici l'opération que fait M. Th. Anger.

Dans un premier temps, il incise la muqueuse vaginale sur presque tout le pourtour de l'orifice vulvaire; les deux extrémités de cette incision se trouvent situées à une très-petite distance du méat.

Dans un second temps, il dissèque et décolle cette muqueuse sur une étendue variable, de façon à obtenir une large surface cruentée, en forme de fer à cheval ouvert en haut et interrompu au niveau du méat urinaire. La muqueuse vaginale décollée forme ainsi un lambeau flottant qu'on peut retrousser, en quelque sorte, et refouler du côté du vagin, pour affronter les surfaces vulvaires saignantes.

Dans un troisième temps, M. Th. Anger place les points de suture et procède à l'affrontement de la façon suivante.

1° Avec une petite aiguille et des fils de soie, il passe deux ou trois points de suture entrecoupée qui réunissent les bords du lambeau vaginal; il a soin de prendre peu de tissus, c'est-à-dire de passer les fils très-près du bord du lambeau; le premier point placé est le point

inférieur; les chefs des fils, qu'il faut avoir soin de laisser très-longs, sont ramenés du côté du vagin, ainsi que ceux des fils placés plus haut. Tous ces fils, au nombre de 4 ou de 6, suivant que l'on a fait deux ou trois points de suture, sont engagés dans la cavité d'un bout de sonde en gomme placé dans le vagin, derrière cette membrane très-mince et flottante qui l'obture presque complètement, membrane formée par les lambeaux de la muqueuse vaginale suturés. La plaie présente alors l'aspect d'une rigole en fer à cheval qui, au niveau de la fourchette, forme une espèce de cul-de-sac, et qu'on élargit en attirant en arrière les lambeaux suturés de la muqueuse vaginale, qui ressemblent beaucoup à une membrane hymen à ouverture en croissant très-élevée. C'est à l'aide de la sonde par laquelle passent les fils qu'on peut agir ainsi sur les lambeaux de la muqueuse, et les attirer en arrière.

2° Pendant qu'un aide agrandit ainsi, en imprimant à la sonde un mouvement de bascule, la largeur des surfaces cruentées, le chirurgien, à l'aide d'une longue aiguille, passe trois fils métalliques doubles destinés à rapprocher ces surfaces. Ces fils traversent les grandes lèvres à leur base, et doivent raser le fond de la plaie, afin de bien affronter les surfaces saignantes sur une étendue aussi large que possible; ces fils étant doubles, on tord leurs extrémités sur deux sondes en gomme résistantes, comme dans tous les procédés où l'on pratique la suture enchevillée. Enfin, on place quelques points de suture entrecoupée superficiels, afin d'empêcher les bords de la plaie de s'enrouler et de ne plus se correspondre par des surfaces saignantes. Après cette opération, la vulve est complètement fermée, sauf en

haut, au-dessous du méat; il reste là un orifice par lequel passe le bout de sonde que traversent les fils de la suture vaginale, et à l'aide duquel on peut faire dans le vagin quelques injections.

Sur la ligne médiane on voit un bourrelet volumineux vertical, formé par les grandes lèvres appliquées l'une contre l'autre par les chevilles qui les pressent latéralement.

Dans les deux opérations qu'a pratiquées M. Th. Anger, les fils intérieurs sont tombés dès le deuxième ou le troisième jour, sous l'influence de légères tractions exercées sur eux à travers le canal de la sonde. D'après l'auteur du procédé, ces fils n'ont d'autre utilité que de permettre de refouler en arrière les lambeaux de la muqueuse vaginale, lorsqu'on affronte les surfaces cruentées. Il nous semble que ce diaphragme muqueux a l'avantage de protéger les tissus qui doivent se réunir contre l'action nuisible des liquides qui s'écoulent par le vagin.

Dans les deux cas, les fils principaux ont été enlevés le cinquième jour; la réunion était parfaite.

Voici l'observation de la première des deux malades opérées par M. Th. Anger. Nous n'avons pu nous procurer la seconde. Il s'agissait d'une femme âgée, atteinte d'une chute de l'utérus complète, compliquée d'ulcérations. La malade souffrait beaucoup et ne pouvait supporter aucune espèce de pessaire. M. Th. Anger l'opéra en janvier 1874, et obtint un succès absolument comparable au premier; malheureusement, la malade succomba quelques temps après à un érysipèle, et l'on ne jugea pas parfaitement du bénéfice qu'elle avait pu retirer de l'opération.

Obs. 10. — *Chute complète de l'utérus avec cystocèle et rectocèle. — Périnéo-épisiorrhaphie* par M. Th. Anger.

La nommée Sophie Mollet, âgée de 52 ans, porteuse de pain, entre le 2 avril 1873 à l'hôpital Beaujon. Elle est couchée au n° 4, salle Ste.-Clotilde dans le service de M. Dolbeau.

Il y a quinze ans que la malade s'est, nous dit-elle, aperçu qu'elle avait une descente de matrice. Jusque-là, elle n'avait jamais eu de maladie utérine, et était d'une très-bonne santé. Elle avait eu 4 enfants, le premier à l'âge de 18 ans, le dernier à 28 ans. Ces accouchements s'étaient terminés naturellement sans l'emploi de forceps ; le périnée ne semble pas avoir été jamais déchiré; les suites de couches ont été bonnes.

C'est après quelques fatigues et des marches prolongées que la malade s'est aperçu qu'elle avait à la vulve une tumeur grosse comme une bille, tumeur qui, du reste, ne la gênait que fort peu, et ne lui causait pas de douleurs. La miction s'accomplissait normalement, il n'y avait pas le moindre écoulement par le vagin dans cette première période de la maladie.

Depuis lors la tumeur a grossi insensiblement jusqu'à il y a un an, époque à partir de laquelle elle est restée stationnaire.

La malade a toujours été bien réglée et n'a jamais eu de pertes; la menstruation est suspendue depuis huit ans. Jamais il n'est survenu de rétention d'urine ni de douleurs pendant la miction, mais depuis un an ou deux la malade éprouve une grande pesanteur dans sa tumeur quand elle est restée longtemps sans uriner, et elle fait des efforts pour se retenir. L'urine s'écoule souvent alors involontairement, soit que la malade marche soit qu'elle garde le lit. Quelquefois aussi, depuis un an ou deux, la malade, quand elle veut uriner, reste une demi-heure ou plus sans pouvoir y parvenir ; elle est obligée de s'accroupir, et ne pourrait pas uriner couchée. Les urines sont du reste parfaitement limpides ; une pression exercée sur la tumeur ne facilite pas sensiblement la miction.

La malade va à la selle régulièrement et n'est pas habituellement constipée ; depuis un an elle a eu fréquemment la diarrhée.

Depuis cinq ans, la malade ne peut plus travailler, non qu'elle éprouve de grandes douleurs, mais à cause des tiraillements qu'elle ressent dans les reins et du poids de sa tumeur. Il y a cinq ans, elle a porté un pessaire d'après les conseils de Jarjavay, mais ne l'a gardé qu'un an ; depuis lors, elle soutient sa tumeur avec une serviette sans jamais la réduire. Depuis un an, elle remarque que le linge dont elle se sert est rapidement taché par un liquide légèrement verdâtre quoique peu épais, et elle se tourmente beaucoup de cet écoulement qui a notablement augmenté depuis quelque temps. L'état général est excellent ; la malade a bonne mine et n'a que peu maigri depuis trois ou quatre ans.

Examen des parties malades. — J'examine la femme couchée dans le décubitus dorsal les cuisses légèrement fléchies sur le bassin. Au devant de la vulve est une tumeur ovoïde parfaitement régulière, de la grosseur de la

tête d'un fœtus à terme. Cette tumeur est rosée, sa surface est lisse, sèche et cutisée. Elle masque complètement le pourtour de l'orifice vulvaire ainsi que le méat urinaire, à sa base qui répond à la vulve on sent à peine un sillon circulaire; le vagin est donc entièrement prolapsé. Cette tumeur est complètement mate.

Au sommet ou plutôt au pôle inférieur de l'axe de l'ovoïde, se voit un orifice en forme de fente, régulier, sans excoriation, un peu béant et large d'un demi-centimètre seulement. Cet orifice ne répond pas du reste à un point vraiment saillant de la tumeur, et ne fait aucun relief à sa surface. A gauche et un peu en arrière de cet orifice se voit une surface ulcérée plus large qu'une pièce de cent sous; cette ulcération est superficielle, ses bords irréguliers, déchiquetés, sont taillés à pic et sans décollement, sa couleur rappelle celle des érosions chancreuses, c'est-à-dire qu'elle est rouge de jambon fumé, et comme vernissée; elle paraît suppurer peu, mais est recouverte d'une mince nappe d'un liquide visqueux et presque transparent analogue à de la lymphe plastique.

La tumeur est molle et fluctuante presque en totalité, mais quand on palpe sa moitié inférieure en passant la main sous elle comme pour la soutenir, on sent au niveau du périnée un pédicule plus gros que le doigt qui semble partir de l'excavation pelvienne pour plonger dans la tumeur et aboutir à une masse d'une consistance fibreuse, paraissant formée de plusieurs organes roulant sous la main. On n'apprécie bien la forme que de l'un d'eux, et celui-ci, mobile dans tous les sens, a exactement la longueur, le volume et la configuration d'un utérus normal; on sent une partie renflée à laquelle fait suite une portion rétrécie qui est pour moi à coup sûr le col, et qui vient aboutir à l'orifice que nous avons signalé à la surface de la tumeur.

Le cathétérisme de cet orifice est impossible à pratiquer, à peine peut-on faire pénétrer l'hystéromètre à 1/2 centimètre de profondeur, quelle que soit la direction dans laquelle on incline l'instrument. Le cathétérisme vésical ne présente pas d'autre difficulté que celle qu'on éprouve à trouver le méat caché par le tubercule antérieur du vagin repoussé lui-même par la tumeur. Pour pénétrer dans la vessie, le bec de la sonde de femme doit être dirigé absolument en bas et encore vient-il buter, sans doute contre la paroi postérieure du viscère, car pour faire pénétrer l'instrument plus en avant, il faut déprimer le pénil avec son pavillon. Avec une sonde d'homme, on pénètre au contraire facilement jusqu'à la partie moyenne de la tumeur qu'on soulève avec le bec, en ayant soin bien entendu de diriger la concavité de l'instrument en bas.

La sonde, introduite, si l'on presse sur la tumeur, on active l'écoulement de l'urine qui passe même entre les parois de l'urèthre et l'instrument.

Le toucher rectal nous révèle l'existence d'une rectocèle assez prononcée; le doigt recourbé en crochet pénètre dans une vaste ampoule située en avant au-dessus du sphincter, mais qui ne fait pas positivement partie de la tumeur ou du moins ne déborde pas sensiblement la fourchette. En avant, on sent le pédicule dont nous avons parlé, et qui forme une corde dure et tendue.

Le doigt ne constate en avant la présence d'aucun corps qui rappelle l'utérus; (celui-ci est pour moi complètement hors de la vulve).

Par la palpation de l'abdomen, on ne sent pas l'utérus au-dessus de la symphyse, quoique la femme n'ait pas le ventre gros, ni les parois abdominales rigides et tendues.

On réduit la tumeur assez facilement; il suffit pour cela de refouler d'abord dans le petit bassin, suivant une direction oblique en haut et en avant, la corde dont nous avons parlé et l'utérus. La tumeur bascule ainsi d'avant en arrière, et on réduit en dernier lieu sa portion molle, c'est-à-dire la parot antérieure du vagin qui coiffe la vessie. On produit alors un bruit de gargouillement analogue à celui qu'on entend au moment de la réduction d'une hernie intestinale. La tumeur réduite, on constate que la vulve est large, et que la demi-circonférence inférieure de l'orifice présente quelques légères érosions et une injection générale de la muqueuse. Le périnée est suffisamment épais; au-dessus de la fourchette apparaît une petite tumeur grosse comme une noix formée par la muqueuse vaginale qui recouvre l'ampoule. En contact avec elle et au-dessus se voit la paroi antérieure du vagin tendant à faire hernie par la vulve. En un mot, on constate l'existence de la rectocèle et de la cystocèle qui n'est plus qu'à l'état de pointe. Le méat urinaire est assez largement ouvert et sa muqueuse est violacée.

Le 6 septembre 1873, M. Théophile Anger, remplaçant M. le professeur Dolbeau pratique chez cette malade une périnéo-épisiorrhaphie par le procédé que j'ai décrit plus haut. L'ulcération dont j'ai indiqué la situation et l'aspect, s'était montrée rebelle aux traitements les plus variés et les plus énergiques; la tumeur fut réduite sans que cette ulcération soit cicatrisée. On pouvait espérer que la guérison surviendrait, lorsque les parties malades ne seraient plus continuellement mouillées par l'urine.

J'ai revu la malade deux mois après l'opération, et M. Th. Anger l'a examinée huit mois plus tard. Celle-ci est dans un état très-satisfaisant; elle éprouve encore une certaine pesanteur à la vulve lorsqu'elle marche ou se tient debout, mais elle ne souffre plus de maux de reins, et l'écoulement qui la préoccupait tant a complètement cessé.

La vulve est oblitérée presque en totalité, et il ne reste au-dessous du méat qu'un passage étroit pour les liquides vaginaux. Les grandes lèvres soudées entre elles forment un plancher épais qui fait suite au périnée, et supporte les viscères. La vessie ne semble avoir aucune tendance à s'engager par la très-petite ouverture qui représente l'orifice vulvaire. Le nouveau plancher périnéal, quoique très-résistant, pourrait, ce me semble, être soutenu avec avantage par une pelote analogue à celles qui servent à contenir les hernies. Rien ne serait plus simple que de construire un appareil de ce genre qu'on assujettirait à l'aide de ressorts et de sous-cuisse, et qui empêcherait les viscères de distendre et de refouler des tissus dont la tonicité doit s'affaiblir à la longue.

Appliqué au maintien des prolapsus de l'utérus, la

périnéorrhaphie rend des services, nous l'avons vu, non-seulement lorsque la difformité est consécutive à une déchirure de périnée, mais encore quand la vulve est simplement trop large ou le périnée trop flasque. Les restaurations du périnée peuvent ne s'opposer en rien au coït et même à l'accouchement, comme le prouve le fait de M. Demarquay et quelques autres, tout en constituant pour les prolapsus un mode de traitement quasi complètement curatif, mais certains prolapsus complets et très-anciens ne sont maintenus que si la vulve est extrêmement rétrécie, et c'est alors que la périnéo-épisiorrhaphie est indiquée.

J'ai dit pourquoi, avec la majorité des chirurgiens modernes, je repoussais l'épisiorrhaphie simple. Les deux procédés auxquels on doit, ce me semble, donner la préférence sont ceux de M. Th. Anger et de Küchler. Ils ont tous deux l'avantage de combiner la périnéorraphie et l'épisiorrhaphie; ils permettent de fermer la vulve dans une étendue variable, et, enfin, ils fournissent aux viscères un plancher résistant. L'expérience n'a pas prononcé en France sur la valeur du procédé du chirurgien allemand, mais celui de M. Th. Anger, qui a parfaitement réussi dans les deux cas que nous avons cités, me paraît à l'abri de toute critique.

Ne peut-on pas le comparer au procédé de périnéorrhaphie qui a donné de si beaux succès à M. Richet, dans plusieurs cas de déchirure complète du périnée avec rupture de la cloison? Dans l'une et l'autre opération, on dissèque la muqueuse vaginale sans la réséquer et on réunit les bords du lambeau; ni dans l'une ni dans l'autre, on n'avive autrement que par cette dissection, et l'on peut, en la poussant plus ou moins loin, augmen-

ter ou diminuer l'étendue des surfaces cruentées destinées à se réunir et à reformer ou à prolonger en avant le périnée.

La dissection de la muqueuse vaginale n'a d'autre but, dans l'idée de M. Th. Anger, que de faire varier l'étendue de l'affrontement; aussi, les points de suture vaginaux sont-ils placés très-près des bords du lambeau qui, d'après l'auteur du procédé, sont coupés par les fils très-promptement, et ne se réunissent probablement pas. Il me semble qu'on pourrait utiliser cette muqueuse vaginale pour protéger les surfaces cruentées périnéo-vulvaires contre les liquides vaginaux, comme dans le procédé de M. Richet. Il suffirait, pour cela, d'affronter les lambeaux de la muqueuse vaginale, non par leurs bords seulement, mais sur une certaine étendue de leur face saignante, en formant ainsi une crête saillante du côté du vagin. Je sais bien que, dans ce cas, cette crête serait verticale et non oblique en bas et en avant, et que les liquides n'auraient pas de tendance à s'écouler au dehors, mais seraient retenus dans une sorte de cul-de-sac; néanmoins, si la réunion des surfaces vaginales se faisait, les surfaces périnéales, dont l'adhésion exige plus de temps pour s'établir, seraient ainsi protégées.

Je ne reviens pas ici sur la difficulté qu'on doit éprouver, par le procédé de Küchler, à passer des anses de fil dans le vagin, derrière les surfaces affrontées, sans embrocher soit la vessie, soit au moins la paroi antérieure du vagin, qui tend à s'échapper, puisqu'il y a cystocèle dans presque tous les cas où on fait l'épisiorrhaphie, et je rappellerai seulement les reproches que l'on peut adresser au mode de suture de Küchler. La suture enchevillée affronte évidemment les surfaces plus largement

que la suture employée par le chirurgien allemand ; les fils que passe Küchler derrière les surfaces à affronter peuvent, s'ils sont trop serrés, plisser celles-ci, ce qui diminue l'étendue de l'affrontement, et, s'ils ne le sont pas assez, la plaie peut bâiller, et la réunion manquer, ou, du moins, se faire un peu tardivement.

Enfin, ce qui nous fait surtout préférer le procédé de M. Th. Anger à celui de Küchler, c'est qu'il rétrécit l'anneau vulvaire lui-même, et ne se contente pas de réunir les grandes lèvres, c'est-à-dire des parties molles, sans résistance et susceptibles de se laisser allonger sous l'influence de la pression exercée sur le nouveau plancher par les viscères. Le procédé de M. Th. Anger me paraît donc le meilleur : il permet de rétrécir l'orifice vulvaire autant que possible, et même de l'oblitérer, et le procédé que Vidal (de Cassis) employa pour oblitérer la vulve dans un cas de fistule vésico-vaginale, et qui a réussi plusieurs fois, pratiqué par d'autres mains que les siennes, ne me semble pas, dans le cas actuel, devoir être employé, si on tient compte de la nécessité d'opposer aux viscères un plan très-résistant.

En 1867, M. Benjamin Anger, suppléant le Professeur Richet à l'Hôtel-Dieu, oblitéra l'orifice vulvaire chez une malade atteinte d'une fistule vésico-vaginale, par un procédé qui présente une certaine analogie avec celui de M. Théophile Anger.

Il s'agissait d'une femme de 56 ans, chez laquelle la cloison vésico-vaginale manquait dans la plus grande partie de son étendue.

La fistule déjà ancienne était consécutive à un accouchement.

L'occlusion de la vulve était parfaitement indiquée et M. Benjamin Anger fit l'opération suivante :

« Un avivement fut pratiquée à droite et à gauche de l'orifice du vagin, de façon à permettre de réunir les deux bords de l'anneau vulvaire. Il ne fut pas fait d'excision de tissu, la muqueuse vaginale décollée fut simplement refoulée en arrière ; une douzaine de points de suture métallique furent passés dans les lèvres de la plaie, de façon à déterminer l'occlusion complète du vagin. J'avais eu soin (dit M. B. Anger) d'introduire mes sutures à trois centimètres de la surface avivée, de façon que les fils pussent rester très-longtemps en place et exercer une pression considérable sur les bords, sans cependant couper les lèvres de la plaie.

La réunion ne fut complète qu'en arrière, et il resta en avant un espace par lequel il était possible de faire passer le petit doigt. »

Deux mois après l'opération, M. B. Anger pratiqua avec un fil de platine rougi à l'aide de l'électricité, une cautérisation de l'orifice qui persistait ; celui-ci se rétrécit notablement.

La malade quitta l'Hôtel-Dieu en janvier 1868, et entra à l'hôpital Necker dans le service de M. Désormeaux qui la garda jusqu'à guérison complète. Pendant trois mois M. Désormeaux pratiqua deux ou trois fois par semaine des cautérisations avec le nitrate d'argent, et neuf ou dix mois après la première opération pratiquée à l'Hôtel-Dieu, la malade était complètement guérie.

Les urines passaient par leur route ordinaire ; le canal de l'urèthre les conservait dans la vessie et dans la cavité diverticulaire formée aux dépens du vagin.

La miction s'effectuait sans aucune difficulté et sans aucune douleur ; il n'y avait pas d'incontinence d'urine.

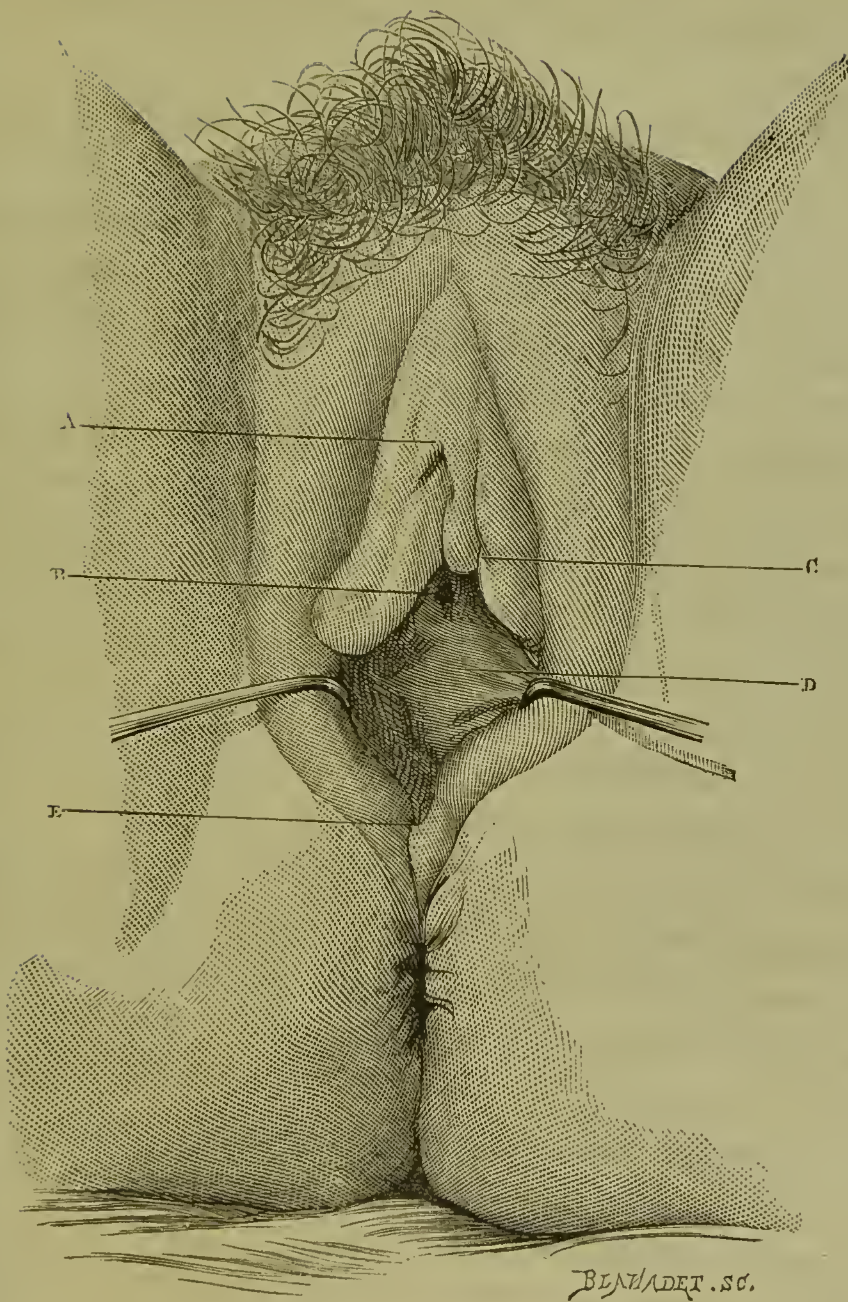
Trois ans plus tard, M. B. Anger constata que la guérison s'était parfaitement maintenue et la figure ci-jointe donne une idée très-nette de l'état des organes génitaux externes.

En arrière du méat urinaire, on remarque un espace de la grandeur d'une pièce de un franc qui n'est bien visible que quand on écarte les grandes lèvres.

Cet espace est formé par un tissu rougeâtre, peu sensible, donnant à la pression du doigt la sensation d'un tissu parcheminé. L'orifice vaginal se trouve ainsi complètement oblitéré par une sorte de membrane hymen formée d'un tissu cicatriciel des plus denses.

Cette observation intéressante (1) nous prouve combien, dans certains cas de fistules vésico-vaginales inopérables par les procédés ordinaires, l'occlusion du vagin peut être utile ; l'opération pratiquée par M. Benjamin Anger aurait évidemment pu être faite en vue de contenir l'utérus ou la vessie et sans aucun doute cette membrane cicatricielle qui constituait une sorte d'hymen, aurait été suffisamment résistante, mais je ne conçois guère les indications d'une *oblitération complète de la vulve* dans les cas d'hétérotaxie des viscères vaginaux. La vessie, il est vrai, peut avoir une grande tendance à s'engager au-dessus de la ligne de réunion des lèvres de la vulve, et, à coup sûr, si elle s'échappait, l'utérus ne tarderait pas à la suivre, toute-

(1) Les détails précédents sont empruntés aux leçons cliniques de M. Benjamin Anger actuellement en cours de publications. Je remercie vivement M. B. Anger de l'obligeance avec laquelle il a mis à ma disposition les épreuves de son livre et la planche qui accompagne l'observation.



A. — Clitoris.

B. — Méat urinaire.

C. — Partie antérieure de la petite lèvre gauche.

D. — Membrane oblitérant le vagin.

E. — Commissure postérieure de la vulve.

fois, en laissant un orifice très étroit, ce danger me paraît peu à redouter, et il est bon de réserver un passage, quelque petit qu'il soit, aux mucosités utérines et vaginales.

L'oblitération complète de la vulve ne serait applicable, en tous cas, qu'aux femmes qui ne sont plus menstruées. Quant aux autres, si tant est que l'emploi des pessaires doive être repoussé, il y a lieu de tenir compte, dans le choix d'une opération, et de l'âge et de la condition sociale de la malade.

S'il s'agit d'une femme âgée, chez laquelle il n'y a aucun inconvénient à rétrécir la vulve au point de mettre obstacle aux rapprochements sexuels, on ne devra pas hésiter à affronter les grandes lèvres dans une étendue aussi grande que possible, comme l'a fait M. Th. Anger. Si, au contraire, la femme est jeune, on pourra se contenter de fortifier le périnée et de diminuer le diamètre de l'orifice vulvaire dans une certaine mesure, dût-on conseiller pendant la marche l'usage d'un pessaire, ou combiner avec la périnéorrhaphie ou l'épisio-périnéorraphie une des opérations dont nous allons parler. J'ajouterai ici, qu'avant de faire choix d'un procédé, il faut songer au genre de vie que doit mener la malade, et que telle opération, qui suffirait pour procurer un soulagement réel à une femme du monde, serait tout à fait inefficace si on la pratiquait chez une femme condamnée à une vie rude, à des marches forcées ou à des stations verticales prolongées.

ANAPLASTIFS PAR EXÉRÈSE

A côté des cas où les déplacements des viscères peuvent être attribués, dans une certaine mesure, à une diérèse ou à un défaut de substance du périnée, et dans lesquels on a recours à la synthèse et à la prothèse il y en a d'autres, nous l'avons vu, où les prolapsus tiennent, au contraire, à une exubérance soit du vagin, soit de l'utérus lui-même; c'est alors l'exérèse qui peut rendre l'anataxie permanente et opposée aux excès de substance du vagin, elle peut s'effectuer suivant différents modes. Tantôt c'est aux caustiques que l'on s'adresse pour supprimer une portion de la paroi vaginale et rétrécir le conduit; tantôt on mortifie les tissus à l'aide de pinces, et de ligatures, ou avec l'écraseur de M. Chassaignac; tantôt enfin, on fait avec le bistouri des pertes de substances de formes variées.

Nous admettons donc trois modes d'exérèse :

1° Exérèse par les caustiques;

2° Exérèse par étranglement et compression mécanique des tissus;

3° Exérèse par instrument tranchant.

EXÉRÈSE PAR LES CAUSTIQUES. — HEPHESTIORRHAPHIE.

Gérardin, en 1823, proposa, pour remédier aux descentes de matrice, de rétrécir ou d'oblitérer le vagin

en en cautérisant l'intérieur. Depuis lors, on pratiqua, en France, plusieurs essais de ce genre. En 1833, Laugier employa l'acide nitrique; en 1839, Philipps l'imita; Velpeau se servit du fer rouge. Bien d'autres tentatives de ce genre furent faites, et on en fera, sans doute, beaucoup encore, mais presque toutes échouèrent probablement, car mes recherches ne m'ont fait découvrir que bien peu de cas où elles aient été couronnées de succès.

Procédé de M. Gaillard (de Poitiers). — L'observation suivante est la seule parmi celles que nous avons lues qui, par les détails minutieux avec lesquels elle est rapportée, nous paraisse concluante en faveur de la méthode. Elle appartient à M. Gaillard (de Poitiers); en voici un résumé :

11e Obs. — *Prolapsus complet de la matrice.* — *Hephestiorrhaphie* (Ηφαιστος, Dieu du feu; ραφω, je couds). — *Guérison*, par M. Gaillard, (de Poitiers).

Virginie, 18 ans, n'ayant jamais eu d'enfants, vierge, tomba de dix pieds de haut dans une cave, le 27 avril 1857. Trois mois après, elle s'aperçut de la présence à la vulve d'une tumeur, qui augmenta de jour en jour. Le 29 septembre 1857, l'utérus est entièrement sorti de la vulve, qui est considérablement dilatée. L'utérus mesure 65 millimètres. Ni le corps ni le col ne sont allongés.

Le 3 décembre 1857, M. Gaillard, avec un fer en roseau rougi à blanc, pratique sur la partie postérieure du vagin y compris la fourchette, une cautérisation de 4 centimètres de long. Le 16 décembre, l'eschare tombe; cautérisation de la petite plaie avec le crayon de nitrate d'argent.

Le 28 janvier 1858, nouvelle cautérisation au fer rouge, toujours dans le même sillon et de la même longueur sur quelques millimètres de large. Le 15 mars, cautérisation au fer rouge. Le 15 avril, cautérisation au nitrate d'argent. Le 25 juillet, le 24 octobre, puis le 27 novembre, cautérisation au fer rouge. Puis l'on pratique fréquemment dans le vagin des injections avec du perchlorure de fer.

A la suite de ce traitement, on constata que l'entrée du vagin était étroite et résistante, et les parois de ce conduit très-épaisses. L'utérus se trouvait parfaitement maintenu; le museau de tanche était à 7 centimètres au-dessus

de l'orifice vulvaire, et s'abaissait de 2 centimètres pendant les efforts violents. L'utérus était mobile et léger; sa cavité mesurait 6 centimètres à l'hystéromètre. Sur la paroi postérieure du vagin existait une cicatrice épaisse.

La malade a été revue trois mois environ après la fin du traitement; le déplacement n'avait aucune tendance à se reproduire. La cystocèle et la rectocèle, qui existaient en même temps que la chute de l'utérus, avaient totalement disparu.

Cette observation peut se passer de commentaires; toutefois, je signalerai la durée du traitement, qui a été de plus d'un an; M. Gaillard fait lui-même observer que le rétrécissement du vagin n'est pas sans lui inspirer quelques inquiétudes au sujet de l'heureuse terminaison d'une grossesse qu'il faut prévoir chez une femme jeune. Notons, en passant, que ce fait est un exemple de chute complète de l'utérus, survenue à la suite d'un effort sans accouchement préalable; l'exactitude avec laquelle le chirurgien a mesuré, à l'aide de l'hystéromètre, le diamètre longitudinal de l'utérus ne nous permet pas de mettre en doute l'absence de tout allongement hypertrophique du col ou du corps de l'organe.

Dans un mémoire présenté le 17 octobre 1859, à l'Académie des sciences (addition à un précédent mémoire sur le traitement par la méthode hephestiorrhaphique du prolapsus de l'utérus), M. Gaillard rapporte quatre observations nouvelles; nous regrettons de n'avoir pas pu en prendre connaissance.

Malgré le succès obtenu dans le cas précédent, le procédé du savant chirurgien de Poitiers nous semble mieux convenir aux rectocèles et aux cystocèles simples, qu'aux chutes de l'utérus, et encore lui préférons-nous le suivant, qui n'est qu'une combinaison de l'exérèse par

compression mécanique et de l'exérèse par les caustiques; celui-ci appartient à M. Desgranges (de Lyon).

Procédé de M. Desgranges. — M. *Desgranges* emploie des pinces longues de 12 à 13 centimètres, ayant à peu près la forme d'une pince à pansement et dont les anneaux sont fixés au moyen d'une crémaillère. Le bout que l'on introduit dans le vagin possède, sur chaque mors, un sillon de 15 millimètres de longueur, sur 5 de largeur et 3 de profondeur, et les extrémités se terminent par une dent acérée; dans ce sillon est placé du chlorure de zinc. On saisit avec cette pince élytrocaustique un repli du vagin dans une étendue aussi grande que possible, et on en obtient la mortification.

Un procédé absolument semblable a été décrit par M. A. D. Valette, dans son article sur la cystocèle; mais l'auteur n'indique pas un seul des résultats obtenus... M. Desgranges, au contraire, a fait connaître des guérisons persistant depuis plusieurs années, et je tiens de lui que chez deux malades revues récemment, et qui font le sujet de l'observation 2 et 3 de son mémoire, le prolapsus utérin ne s'est pas reproduit; l'une de ces femmes, Marguerite Favoullet, est cependent devenue enceinte, et l'accouchement s'est terminé heureusement.

Ce procédé, qui me semble supérieur à celui de M. Gaillard (de Poitiers), en ce sens surtout, qu'il est infiniment plus rapide et par conséquent moins pénible pour la malade, est parfaitement applicable dans certains cas de cystocèle et de rectocèle, et nous voyons, en outre, qu'il réussit également contre les chutes de l'utérus.

EXÉRÈSE PAR ÉTRANGLEMENT ET COMPRESSION MÉCANIQUE DES TISSUS.

Il y a lieu de distinguer ici les procédés où l'on agit à l'aide de *pinces*, par la *ligature ordinaire* ou par la *ligature extemporanée* en employant, soit le serre-nœud de M. Maisonneuve, soit l'écraseur linéaire de M. Chassaignac.

Procédé de M. Desgranges. — M. *Desgranges* est l'auteur d'un autre procédé qui, comme celui dont nous venons de parler, lui a donné des succès, et qui consiste à placer dans le vagin, à l'aide d'une pince appelée tenette à gouttière, un certain nombre de serres fines destinées à provoquer, en plusieurs points, une inflammation, et à déterminer même de petites plaies dont la cicatrisation entraîne un rétrécissement du conduit.

Applicable dans certains cas de prolapsus utérins, ce procédé me paraît convenir aussi et surtout au traitement des cystocèles et des rectocèles; mais il me semble inférieur aux suivants, dont l'un, le plus ancien, est dû à Bellini, de Florence, et le second à Huguier.

Procédé de Bellini. — En 1835, *Bellini* pratiqua l'opération suivante, décrite sous le nom de colpodesmorrhaphie, ou étranglement par la suture d'un pli vaginal: Κολπὸς, repli, δέσμος, étranglement, ῥαφὴ, suture.

OBSERVATION DE BELLINI. — Gentina Rossi, âgée d'environ 40 ans portait, depuis deux ans, un prolapsus de la paroi postérieure du vagin, qui descendait en dehors sur le périnée, entraînant avec elle la partie antérieure du rectum.

La femme couchée sur le bord du lit, le chirurgien saisit, avec une double érigne, le segment supérieur de la tumeur, et l'attira en bas le plus possible. L'érigne abandonnée à un aide, il prit une aiguille plate, courbe, munie d'un double fil, et il commença par le bord externe de la commissure vaginale, au côté gauche de la tumeur, à circonscrire cette tumeur même, en formant autour d'elle, avec le fil, un demi-cercle en fer à cheval ou un U renversé. Les points de suture étaient écartés l'un de l'autre à peine de deux lignes, et, pour ne pas intéresser le rectum, le doigt indicateur, porté dans cet intestin, servait de régulateur à l'aiguille que l'on n'enfonçait jamais au-delà de la paroi vaginale. Alors, en tirant en bas les chefs de fils, Bellini replia et fronça sur elle-même la partie herniée et serra avec réserve le nœud de la base.

La tumeur tomba, sans aucun accident, au bout de dix jours.

Bellini pensait que la même opération pourrait être faite pour les chutes de l'utérus, soit d'un côté du vagin, soit des deux côtés : nous ne sommes pas de son avis.

Procédé d'Huguier. — L'opération suivante, pratiquée souvent par *Huguier* contre les cystocèles, me paraît avoir avec la précédente une grande analogie, à cette différence près que l'exérèse est rapide, puisqu'on emploie l'écraseur; mais, dans les derniers temps, Huguier remplaçait l'écraseur par des fils doubles ou triples.

Voici comment, d'après Huguier, l'on doit procéder :

Le chirurgien introduit d'abord le doigt auriculaire gauche dans la vessie par l'urèthre préalablement dilaté; il saisit, avec une petite pince de Museux, le tubercule et la paroi antérieure du vagin, les fait attirer fortement en bas et en avant par un aide, afin de les tendre et de les écarter, si faire se peut, de la partie correspondante de la vessie; puis il place à la base du pli formé par la partie de la paroi vaginale qu'il veut enlever, un certain nombre d'épingles en croix, disposées les unes au-dessous des autres, en ayant soin

qu'elles passent dans le tissu cellulaire qui unit le vagin à la vessie, sans toutefois atteindre les parois de ce viscère; le doigt, placé dans la cavité vésicale, surveille l'action des instruments. Il jette ensuite une anse de fil derrière chaque croix formée par les épingles, puis il pédiculise le tout avec un fil double.

L'anse de l'écraseur est alors placée derrière le fil et embrasse étroitement la partie du vagin qu'elle doit retrancher. La section est opérée en quatre ou cinq minutes au plus; pendant ce temps, le doigt introduit dans la vessie suit les progrès de la section. Après l'opération, Huguier passe un point de suture pour empêcher l'écartement des lèvres de la plaie. Une sonde est introduite dans la vessie.

Huguier employait parfois deux ou trois écraseurs, suivant le volume de la tumeur et le nombre d'épingles en croix introduites dans les parois vaginales.

Il a modifié plus tard son procédé et l'a appliqué de la façon suivante dans une opération pratiquée en 1861.

Il enfonça une épingle à l'extrémité du diamètre transversal de la tumeur, il la fit pénétrer dans le tissu cellulaire intervésico-vaginal où elle chemina l'espace de quelques millimètres, puis il la fit ressortir et l'enfonça à quelques millimètres plus loin, et ainsi de suite jusqu'à l'extrémité opposée du diamètre transversal, imitant en cela le faufilage des couturières; il jeta par-dessus un fil triple et le serra très-fortement. Il employa autant d'épingles que le volume de la tumeur l'exigeait, afin de retrancher le plus possible de la paroi antérieure du vagin, puis il appliqua par-dessus un pansement simple, et attendit la chute des parties mortifiées.

Ce dernier procédé a sur le premier l'avantage, ainsi que le fait remarquer M. Drouet (Thèse Paris, 1861), que, lorsque la portion de muqueuse comprise dans la ligature est tombée, les bords de la solution de continuité sont rapprochés et cicatrisés.

On n'est pas, je crois, autorisé à reprocher au procédé de Huguier d'exposer le chirurgien à intéresser la paroi vésicale, et quant à l'introduction du doigt auriculaire dans la vessie, elle n'a pas donné lieu à des incontinences d'urines persistantes, du moins dans les observations que nous connaissons.

M. Drouet dit avoir vu Huguier appliquer son procédé opératoire un grand nombre de fois, et toujours avec succès et sans accidents consécutifs, toutefois, il ne rapporte que trois observations; dans les deux premières, la guérison s'était maintenue au bout de un mois et de deux mois; l'opération avait été pratiquée, chez ces deux malades, un mois et demi et deux mois après l'amputation de la portion sus-vaginale du col utérin (Huguier, *Mémoire sur les allongements hypertrophiques du col de l'utérus*, obs. 30 et 31); la troisième malade n'a pas été revue.

A ces opérations peut être substituée l'application des pinces élytrocaustiques de M. Desgranges, dans les cas de rectocèle et de cystocèle non compliquées de prolapsus utérin.

EXÉRÈSE PAR INSTRUMENT TRANCHANT.

ÉLYTRORRHAPHIE.

Les procédés par lesquels on enlève, à l'aide du bistouri, une portion de la muqueuse vaginale ou de la

paroi du vagin, pour rétrécir le conduit, sont nombreux, et on peut les désigner tous avec Bérard sous le nom d'*élytrorrhaphie* (ἔλυτρον, vagin, ῥαφὴ, suture).

Je les énumérerai rapidement, car ils sont bien connus, et, quoique l'élytrorrhaphie soit tombée aujourd'hui en désuétude, je rapporterai quelques observations inédites qui me semblent de nature à prouver que l'on ne devait pas peut-être renoncer aussi complètement à pratiquer cette opération.

Dans tous ces procédés, on enlève sur les parois vaginales une ou plusieurs bandes de tissu, mais ces excisions diffèrent par le lieu où on les fait et la forme qu'on leur donne.

On peut, suivant moi, diviser les procédés d'élytrorrhaphie en deux classes.

Dans la *première classe* je rangerai ceux où l'on se contente de fermer la plaie par des points de suture, de façon à rétrécir le vagin de toute la largeur de la bande excisée.

Dans la *seconde classe* rentreront les procédés où l'on fait deux pertes de substances vis-à-vis ou à côté l'une de l'autre, et où on les affronte de manière à rétrécir le vagin de toute la largeur des tissus compris entre les surfaces avivées.

Première classe.

Romain Gérardin a proposé d'enlever toute la circonférence de la muqueuse vaginale, dans une étendue d'un pouce de diamètre, sur la tumeur, c'est-à-dire à l'extérieur, et de réduire ensuite celle-ci dans le vagin. *Marshall Hall* a proposé simplement, suivant les uns, et pratiqué, suivant les autres, l'excision d'un lambeau

longitudinal large d'un pouce environ, depuis le col utérin jusqu'à l'orifice vaginal, sur la surface antérieure de la tumeur. Cette plaie doit être réunie par des points de suture simple placés d'abord près du col utérin, puis de plus en plus près de la vulve. *Heming* a répété une fois cette opération avec succès, et, deux ans plus tard, la guérison s'était maintenue.

Ireland a modifié le procédé de Marshall Hall, et a pratiqué l'excision de la muqueuse des deux côtés du vagin.

Bérard pratiqua cinq fois l'élytrorrhaphie suivant la méthode d'Ireland, et *Velpeau* transporta les incisions sur les parois antérieure et postérieure du vagin, pour lutter à la fois contre la cystocèle et la rectocèle qui accompagnent si fréquemment le prolapsus utérin.

Tous ces procédés sont à peu près abandonnés; les quelques guérisons annoncées par les opérateurs n'ont été, pour la plupart, que temporaires, et il paraît démontré que ces pertes de substances longitudinales, et d'une médiocre largeur, ne sont pas suffisantes pour rétrécir le vagin au point de maintenir solidement l'utérus.

Dans un journal américain (*The Medical and Surgical reporter*, Philadelphia) se trouvent consignées quatre opérations d'élytrorrhaphie, faites dans des cas de prolapsus de l'utérus en 1859 et 1860. Ces faits sont loin, suivant nous, de plaider en faveur de l'opération d'Ireland, qui fut pratiquée dans les quatre cas, et je ne les rapporterai pas *in extenso*.

Dans la première observation, nous voyons que la malade est opérée une première fois, mais que, peu de jours après, l'utérus franchit de nouveau la vulve; après

une seconde opération, l'utérus est, dit-on, maintenu quand la malade commence à se lever; on conseille, néanmoins, l'usage d'un pessaire; des résultats éloignés de l'opération, pas un mot. Est-ce là un succès?

Dans une seconde opération, l'auteur nous dit que la malade ne pouvait pas, avant d'être opérée, maintenir l'utérus par un pessaire, et l'élytrorrhaphie semble avoir eu, du moins, pour avantage de rendre possible l'emploi de cet appareil.

Dans le troisième cas, l'opérateur paraît avoir mieux réussi, et le prolapsus ne s'était pas reproduit au bout de six mois, mais la malade avait porté un pessaire.

Enfin, dans la quatrième observation il est dit simplement que, les fils enlevés, l'utérus restait en position, mais la malade ne s'était pas encore levée quand le fait fut publié.

Les deux observations suivantes, empruntées également à des journaux américains, me paraissent plus concluantes.

12e Obs. — *Prolapsus complet de l'utérus datant de vingt ans.* (*American Médical-Times.* Août 1872.)

Décembre 1860. Mme Y. S. avait beaucoup souffert d'une chute de la matrice depuis vingt ans. Elle avait été soignée depuis par plusieurs médecins, mais sans succès.

Son dernier médecin était un charlatan qui prétendait la guérir de la façon suivante :

Il réduisait les organes déplacés et les soutenait avec la main dans le vagin pendant une heure ou deux tous les jours; il prescrivait dans les intervalles des injections astringentes et rafraîchissantes.

La malade, à l'âge de 22 ans, avait eu un accouchement long et laborieux.

Le périnée s'était déchiré jusqu'à la marge de l'anus, et à partir de cette époque, les souffrances avaient commencé.

A mon premier examen, dit l'auteur de l'observation, j'ai trouvé suspendu entre les cuisses une tumeur de la grosseur d'un œuf d'oie, recouverte

d'une membrane tout à fait sèche, luisante et insensible. Vers sa partie inférieure se trouvait l'orifice du col utérin dans lequel je pouvais faire pénétrer le petit doigt jusqu'à une profondeur de 3 centimètres. Le fond de la vessie et une grande portion du rectum avaient été entraînés en bas ; ils faisaient ainsi partie de la tumeur. On était obligé de vider artificiellemen la vessie et le rectum ; la miction et la défécation étaient impossibles, à moins que la tumeur ne fut réduite en totalité et maintenue avec la main. Les organes prolapsés étaient soutenus par un bandage en T.

L'auteur se proposa de faire une épisiorrhaphie, mais il opéra de la façon suivante : ·

J'ai commencé, dit-il, par inciser sur la paroi antérieure du vagin un lambeau de chair de forme ovale, ayant 8 centimètres de longueur sur 4 centimètres de largeur et s'étendant de 2 centimètres à partir de l'orifice du col jusqu'à 2 centimètres du méat urinaire.

Il y eut très-peu d'hémorrhagie.

Les bords de la plaie furent soigneusement réunis par des sutures d'argent placées à partir du col de l'utérus.

J'en mis un grand nombre, et je réunis la plaie avec grand soin.

Trois ou quatre jours après, quelques-unes des sutures tombèrent, et j'appliquai des érignes en plomb. Il ne survint pas de complication et au bout de dix jours, j'eus le plaisir de voir les bords de la plaie complètement réunis dans toute leur étendue. Les organes n'avaient pas la moindre tendance au déplacement.

Deux semaines et demie après l'opération, la malade pouvait marcher sans fatigue.

La vessie se vidait naturellement et les lavements pouvaient être gardés. La constipation était moindre.

Huit jours après, je réparais le périnée avec succès, et trouvant qu'un pessaire dur en gomme élastique maintenait l'utérus un peu plus haut, j'en appliquai un.

J'ai revu plusieurs fois la malade depuis l'opération, et elle se sentait très-bien portante, quoiqu'elle se fût beaucoup fatiguée.

Plusieurs mois avant l'opération, les règles s'étaient arrêtées, mais deux ou trois semaines après elles reparurent.

13e Obs. — *Guérison radicale d'un cas de prolapsus utérin.* (James K. Bigelow M. D. *Indiano-Colis.* États-Unis, 1866.)

Mme H. S. A., âgée de 42 ans, a souffert pendant dix ans d'un prolapsus utérin. Suivant son récit, tous les traitements usités en pareil cas avaient échoué chez elle.

L'utérus, en prolapsus complet, se laissait facilement réduire, mais le plus petit effort de la malade le faisait redescendre.

Le 29 juillet 1866, on pratiqua l'opération suivante : excision d'un lambeau quadrangulaire de la membrane muqueuse de la paroi postérieure du

vagin, depuis les bords des grandes lèvres jusqu'à l'orifice du col utérin, et abrasion des deux tiers de la muqueuse de la demi-circonférence du vagin sur chaque côté. La perte de substance mesurait 10 centimètres de longueur sur 8 de largeur.

L'hémorrhagie arrêtée, les surfaces ainsi avivées furent affrontées et réunies par des fils de soie.

Réunion complète par première intention. L'utérus est dans sa position normale ; il ne presse pas beaucoup contre la cicatrice.

Un mois après l'opération, l'état de la malade est très-satisfaisant. Elle n'éprouve aucune fatigue ni en marchant ni en travaillant.

Le col de l'utérus est très-flasque et en apparence très-raccourci.

Aucune tendance de l'utérus à s'abaisser de nouveau. Le vagin rétréci est cependant assez large pour ne pas s'opposer à l'exercice de certaines fonctions.

Dans les deux opérations précédentes, l'avivement a été très-large, et c'est sans doute à cela que doivent être rapportés les succès obtenus, mais, à cause de la largeur même de l'avivement, ces procédés diffèrent notablement de celui de Marshall Hall, tout en appartenant à la même classe que lui, et ils se rapprochent beaucoup plus de ceux qu'ont mis en usage M. Sims et M. Verneuil dans deux cas dont nous parlerons plus loin.

Deuxième classe.

L'affrontement de deux surfaces avivées aux dépens des parois vaginales caractérise, nous l'avons dit, les procédés dont nous avons fait une deuxième classe, et *Jobert de Lamballe* me semble être le premier qui ait songé à modifier ainsi les dimensions du vagin.

Procédé de Jobert. — Jobert fit sa première opération le 23 juillet 1838, sur une femme atteinte d'une cystocèle volumineuse avec prolapsus utérin. Il avait d'abord pensé à faire sur la tumeur quelques pertes de sub-

stance, mais il renonça à ce projet et procéda de la manière suivante.

Il dessina sur la tumeur, au moyen du nitrate d'argent, deux lignes transversales séparées l'une de l'autre par une distance de 1 pouce et 9 lignes ; la ligne antérieure se trouvait également à 1 pouce et 9 lignes du clitoris. Il attaqua, à différentes reprises, et à plusieurs jours d'intervalle, avec le même caustique, ces mêmes lignes, et arriva à détruire graduellement toute l'épaisseur correspondante de la paroi du vagin. Cela fait, il raviva avec le bistouri les bords de la surface entamée par le caustique.

Pour réunir l'une à l'autre les deux lignes, il lui fallut refouler en haut toute la portion intermédiaire; il repoussa la vessie à sa place habituelle. Il fit la réunion au moyen de la suture entortillée, au moyen de sept aiguilles, dont quatre plus grandes, une à chaque extrémité des surfaces destinées à être affrontées, et les deux autres au milieu, et trois plus petites dans l'intervalle des premières.

Vingt jours après l'opération la femme marcha et la tumeur ne reparut plus; six mois plus tard, la guérison s'était maintenue, et la malade, qui était blanchisseuse, avait cependant repris son travail.

Le même procédé opératoire fut appliqué une seconde fois par Jobert, à la fin de la même année, et avec succès, dans un cas de cystocèle avec un faible abaissement de l'utérus, mais la malade fut perdue de vue.

Enfin, Jobert remplaça les incisions transversales par des incisions longitudinales, dans la troisième et dernière opération qui soit consignée dans son mémoire *Mémoires de l'Académie de médecine*, 1840). Il obtint une

guérison qui, au bout de deux mois, s'était maintenue, dans un cas de chute de l'utérus où le col était à la vulve. Cette modification apportée au procédé primitif avait pour but de permettre d'obtenir un rétrécissement du vagin sans que l'utérus subisse aucun déplacement; ce fut sur la paroi postérieure du conduit que l'anaplastie fut pratiquée.

Procédés de M. Sims.— Marion Sims ne paraît pas avoir eu connaissance des opérations de Jobert, mais le procédé qu'il institua n'est qu'un dérivé de celui du chirurgien français, car il consiste également à affronter deux surfaces d'avivement séparées par un intervalle de muqueuse vaginale laissée intacte. Marion Sims ne l'imagina pas tout d'abord; en 1856, il conçut le projet de remédier à un prolapsus complet de l'utérus accompagné d'une cystocèle, en retranchant une vaste portion non-seulement de la paroi antérieure du vagin, mais encore de la paroi vésicale.

Il saisit avec un ténaculum la paroi antérieure du vagin, après avoir réduit la tumeur, et, étreignant la base de la masse ainsi attirée en bas, avec une sorte de pince à phimosis, il sectionna les tissus d'un seul coup de ciseaux. « Le trou qui succéda à cette opération était effrayant, dit Marion Sims, mais l'excision n'avait porté que sur la paroi vaginale et non sur la vessie. »

Les bords de la plaie, qui avait la forme d'un large ovoïde à grand axe antéro-postérieur, furent rapprochés par sept ou huit sutures d'argent passées transversalement, et la malade fut radicalement guérie. Marion Sims la revit au bout de neuf ans; le prolapsus ne s'était pas reproduit.

L'opération précédente aurait dû être rangée à côté des procédés de Marshall Hall, Ireland, etc. Je l'ai rapportée ici, parce qu'elle inspira à Marion Sims l'idée d'imaginer une méthode, non pas nouvelle, puisque Jobert en avait trouvé le principe, mais qu'il a rendue sienne par le soin qu'il a mis à la perfectionner, et par les succès qu'il lui a dus.

Dans une seconde opération, Marion Sims se contenta d'un avivement superficiel de la muqueuse, sur une étendue égale à celle de la plaie qu'il avait faite dans le cas précédent, mais le succès fut incomplet; l'utérus fut maintenu; la cystocèle persista.

Sur la même malade, Sims, au lieu de dénuder largement la paroi antérieure du vagin, aviva simplement la muqueuse sur deux lignes longitudinales légèrement courbes et se regardant par leur concavité, séparées l'une de l'autre par un assez large intervalle de tissus intacts, et se rejoignant près du col de la vessie, en formant un angle dont les deux branches se prolongeaient jusque sur les côtés du col de l'utérus.

Cet avivement, en forme de V, est très-comparable à celui de Jobert, mais ce dernier taillait deux bandes rectilignes et parallèles; dans la dernière opération que nous avons citée, ces bandes étaient dirigées d'avant en arrière.

Sims réunit les deux surfaces dénudées par des sutures d'argent passées transversalement; il obtint ainsi un pli longitudinal qui rétrécit le vagin et refoula le col en arrière. Succès complet dans ce dernier cas et dans quelques autres dont Sims malheureusement n'indique pas le nombre.

Une importante modification qu'apporta Marion Sims

à ce dernier procédé consista à fermer complètement, du côté de sa base, le V formé par les bandes d'avivement, en prolongeant l'incision suivant deux lignes qui, se dirigeant l'une vers l'autre sans arriver à se confondre. font un angle aigu, presque droit, avec les branches du V; les lignes d'avivement ont alors, suivant la comparaison de Sims, la forme d'une truelle. Après l'adossement des surfaces avivées, il existe, au-dessous du col, une espèce de septum formé par l'union des deux petites branches, et limitant un orifice qui conduit dans une sorte de diverticulum qui répond à la portion de la paroi vaginale comprise entre les grandes branches du V affrontées. Ce diverticulum n'est pas parfaitement clos, grâce à l'avivement imparfait des extrémités des branches du V à leur point de rencontre près du méat, aussi, les mucosités venant du col ne peuvent-elles pas s'y accumuler.

M. Emmet, qui assistait souvent M. Sims dans ses premières opérations, et pratiquait lui-même volontiers l'élytrorrhaphie par le nouveau procédé, remarqua que, chez deux malades opérées dix-huit mois auparavant et guéries de leur procidence, l'utérus était en rétroversion, et le col pénétrait dans la poche formée par la réunion des surfaces dénudées en forme de V. Peu de temps auparavant, il avait trouvé le col dans la même situation chez une malade opérée depuis quatre ans par M. Sims. Cette femme était complètement guérie, mais récemment elle avait été saisie, en se haussant, d'une douleur persistante qui s'aggravait beaucoup quand elle se tenait debout. Le col ne put être dégagé qu'avec peine.

M. *Emmet*, instruit par ces trois faits, modifia la dis-

position des lignes d'avivement, en fermant complètement le V à sa base et en le transformant ainsi en triangle par une bande d'avivement transversale; il n'existait donc plus, après la réunion, de poche ouverte du côté du col utérin.

Après une opération pratiquée par cette méthode, les points de suture placés près du méat se détachèrent, la réunion ne se fit qu'au niveau de l'affrontement de la bande d'avivement transversale repliée sur elle-même dans ce procédé, et cependant l'utérus resta parfaitement en place. Marion Sims est disposé à conclure de ce fait qu'il serait peut-être suffisant de n'aviver les tissus que sur cette ligne transversale, pour produire dans le fond du vagin un rétrecissement capable de s'opposer à la chute de l'utérus. En résumé, on voit donc que la forme des lignes d'avivement peut être, soit celle d'un V (premier procédé de Sims, si l'on ne tient pas compte de sa première opération), soit celle d'une *truelle* (deuxième procédé de Sims), soit celle d'un *triangle* (modification de M. Emmet); enfin, on pourrait peut-être supprimer les lignes longitudinales.

L'élytrorrhaphie, par la méthode de Sims, est une opération longue et délicate plutôt que difficile. Il faut, avant de l'entreprendre, tâcher de guérir l'ulcération du col, si fréquente lorsque l'utérus est resté longtemps à l'extérieur, et on ne commencera l'avivement qu'après avoir réduit la tumeur, si l'on suit les conseils du chirurgien américain.

La malade est placée, dans le décubitus latéral, comme dans la position adoptée par Sims quand il opère une fistule vésico-vaginale; la paroi postérieure du vagin est attirée en haut et en arrière par le spéculum uni-

valve. Avant de faire l'avivement, on rapproche, à l'aide du ténaculum, les surfaces que l'on a l'intention de dénuder, de chaque côté de la ligne médiane, sur la paroi antérieure du vagin, afin de déterminer l'étendue que l'on doit donner à l'avivement. En général, ces surfaces doivent avoir un tiers de pouce de large, ou plus, suivant M. Sims. Pour faciliter l'avivement des deux branches du V, on repousse la vessie sur la ligne médiane avec la convexité d'une sonde en métal malléable recourbée en forme de (?), et dont le bec repousse lui-même en arrière le col de l'utérus.

M. Emmet a imaginé une sonde dont le bout, en forme d'anneau, peut entourer le col. M. Sims s'est souvent servi d'un instrument analogue à la pique de Pamard, mais recourbé à sa partie moyenne, un peu comme les cathéters d'étain de Béniqué. Cette pique est enfoncée dans le col qu'elle repousse en haut, en refoulant dans le même sens la paroi antérieure du vagin et la vessie; cette paroi du vagin retombe sur l'instrument en replis volumineux qui forment un sillon central profond, le long duquel est faite la dénudation.

Pour faire la ligne transversale de dénudation qui rejoint entre elles les extrémités supérieures des deux bras du V, M. Sims enlève la sonde courbe et attire le col en bas avec un ténaculum; reprenant alors la pique dont j'ai parlé, et repoussant à la fois l'utérus et la vessie, il passe des points de suture métallique, en commençant par ceux d'en bas, et affronte les surfaces avivées.

Telle est, en résumé, la méthode de M. Sims. Si l'on en croit son auteur, elle donnerait des succès presque constants, même dans les cas de prolapsus complets

considérables et chez des femmes âgées; enfin, l'opération ne serait jamais suivie d'accidents sérieux. Je n'ai pas pu me procurer une statistique des opérations pratiquées par Sims ou par d'autres à l'aide de ce procédé, maisSims est des plus explicites; il rapporte quelques faits où la guérison s'est maintenue plusieurs années; une observation, qui appartient à M. Panas, peut contribuer à nous faire porter un jugement favorable sur la méthode américaine.

Nous lisons dans la *Gazette des hôpitaux*, de 1872, les lignes suivantes :

14e Obs. — *Procidence complète de l'utérus opérée par la méthode de M. Sims*, par M. Panas.

« La nommée ***, âgée de 44 ans, avait eu son dernier enfant il y a huit ans. Exerçant le métier pénible de déménageuse, elle avait porté des poids très-lourds, et c'est ainsi que peu à peu s'était produite une procidence qui était complète depuis trois ans, quand M. Panas entreprit d'y porter remède.

« L'utérus augmenté de volume pendait entre les jambes de la malade, la sonde uterine pénétrait à une hauteur de 9 centimètres. Le col était couvert d'ulcérations ; le vagin, pâle et sec, avait perdu son aspect de muqueuse.

« La vessie avait, bien entendu, suivi le vagin dans sa chute, et des anses intestinales remplissaient le fond de la tumeur. Quand on réduisait cette tumeur, la malade se trouvait, disait-elle, moins à l'aise. Cependant M. Panas tenta d'obtenir la guérison radicale, en suivant le procédé de M. Sims. Il aviva de chaque côté la muqueuse vaginale, suivant des lignes qui se rapprochaient au-dessus de l'orifice uréthral, formant ainsi un *V* tronqué à base supérieure; deux petites lignes d'avivement se dirigeaient des extrémités supérieures de ce *V* vers la ligne médiane, mais sans l'atteindre et sans se rejoindre. Puis ces surfaces d'avivement furent rapprochées et réunies par des points de suture, de telle sorte qu'en avant du vagin, se trouvait ainsi formée une sorte de second canal, de diverticulum ouvert par les deux bouts. »

Lorsque la *Gazette des hôpitaux* publia cette note, les fils n'étaient pas encore retirés, sauf les inférieurs qui avaient coupé les tissus, mais les fils supérieurs sem-

blaient suffire pour maintenir l'utérus en place, et on espérait un succès complet.

Cette espérance se réalisa, et la malade quitta l'hôpital le 4 septembre 1872 ; l'utérus était parfaitement maintenu; la malade marchait sans la moindre gêne, et, aussitôt après sa sortie, elle reprit son pénible métier de déménageuse.

Je regrette de ne pas donner ici des détails plus précis sur l'opération, mais M. Panas désire décrire celle-ci lui-même devant la Société de chirurgie. M. Lorey, son interne, a revu la malade au mois d'août 1873, et voici les renseignements qu'il a eu la complaisance de me fournir.

« Malgré les grands efforts que fait chaque jour cette femme en travaillant, l'utérus n'est jamais retombé ; le col est au sommet du vagin, maintenu par le pli qui résulte de l'affrontement des bandes d'avivement transversales. La menstruation suspendue depuis cinq ans s'est rétablie depuis l'opération. La santé générale est bonne, et la malade se déclare complètement guérie. »

Un an après l'opération, la malade est devenue enceinte et a fait une fausse couche au sixième mois. M. Panas l'a revue récemment quelques mois après cet avortement et l'utérus est resté parfaitement en place.

M. Panas m'a dit que la réunion des grandes branches du V avait manqué, et qu'il songeait à modifier le procédé de Sims en supprimant l'avivement des bandes longitudinales, puisque le pli transversal suffisait pour maintenir l'utérus. On voit que ce cas est absolument semblable à celui de M. Emmet que j'ai cité, et M. Panas en tire les mêmes conclusions que M. Sims.

Malgré tous mes efforts, je n'ai pu réunir que

trois observations d'élytrorrhaphie inédites ; je rapprocherai de la précédente celle de M. Trélat, qui a employé la méthode de Sims ; malheureusement, l'opération a été faite chez une femme dont l'état général était déplorable, et qui a succombé à un érysipèle. La réunion a échoué.

15ᵉ OBS. — *Prolapsus utérin complet avec cystocèle et rectocèle. Élytrorrhaphie, par la méthode de M. Sims,* par M. TRÉLAT.

Jeanne Legendre, 33 ans, domestique, couchée au nº 1, salle Ste-Rose, à l'hôpital de la Charité entrée le 21 avril 1873. Cette malade, d'une constitution scrofuleuse, porte aujourd'hui dans la région thoracique plusieurs fistules consécutives à des abcès provenant de côtes cariées ou nécrosées. Il y a un an, la malade, si on s'en rapporte aux renseignements qu'elle fournit, a été prise d'une toux sèche, violente, qui a duré quinze jours, et à laquelle elle attribue la chute de matrice qui se produisit alors. et pour laquelle elle entre à l'hôpital. Six mois après survinrent des douleurs de reins extrêmement vives et continues, des coliques et même des vomissements. Ceux-ci cessèrent mais les douleurs persistèrent, et la malade incapable de continuer à travailler entra à l'hôpital dans l'état suivant.

La santé générale est très-mauvaise ; tous les soirs survient un mouvement fébrile, le foie est gros et peut-être amyloïde ; la malade souffre de douleurs violentes dans les reins, les jambes et le bas-ventre. De temps à autre, elle est prise de vomissements.

Elle porte un prolapsus considérable de l'utérus avec cystocèle et rectocèle ; mais, ni la miction ni la défécation ne sont troublées. La menstruation est très-irrégulière.

Le prolapsus est facilement réductible, mais il se reproduit au moindre effort, et la station debout suffit pour que le col franchisse la vulve. La malade a porté un pessaire, mais, à plusieurs reprises, les douleurs l'ont forcée à le retirer.

M. Trélat pratique, le 23 juillet 1873, l'élytrorrhaphie par le procédé de Sims et place 21 points de suture métallique. Ses lignes d'avivement circonscrivent un espace en forme d'écu ou de truelle (suivant la comparaison du chirurgien américain). Après l'affrontement des surfaces cruentées, il reste ce diverticulum, que M. Emmet avait cherché à éviter en modifiant le procédé ordinaire de Sims. L'opération a été faite exactement comme nous l'avons décrite d'après Sims.

Quelques fils (les plus profonds) tombèrent vers le cinquième jour, les autres furent retirés le dixième jour. La réaction fébrile fut assez vive, le ventre devint un peu sensible à la pression, et la malade eut quelques vomissements, mais les douleurs de reins et les coliques cessèrent comme

par enchantement. Dès le troisième jour, la malade put dormir calmement, ce qui ne lui était pas arrivé depuis six mois. Malheureusement, un érysipèle de la face est survenu il y a deux jours (observ. prise par M. Ziembickï, interne de M. Trélat, le 9 août); la malade a succombé le 14 août.

Autopsie de la malade opérée par M. Trélat, faite le 15 août. — La vulve, dont les dimensions sont normales, est légèrement entr'ouverte et son orifice est masqué par une saillie de médiocre volume formée par la paroi antérieure du vagin dont on distingue les crêtes tranversales. Cette petite tumeur est molle et se laisse refouler en arrière; c'est une pointe de cystocèle.

Si l'on introduit le doigt dans le vagin, on sent le col utérin à 2 centimètres en arrière de la fourchette; il est situé au-dessous de la tumeur précédente, et, autour de lui, on sent une surface irrégulière qui donne la sensation que produirait une ulcération peu profonde, à bords déchiquetés et taillés à pic. L'orifice du col regarde en avant et en haut; le corps de l'utérus est en rétroversion et paraît petit; le doigt, en suivant la face postérieure du col, pénètre dans le cul-de-sac postérieur, assez rapproché de la vulve; il est impossible de refouler l'utérus en haut et en arrière, il paraît immobilisé dans sa situation anormale.

Si l'on examine la cavité pelvienne, on constate que l'utérus est descendu dans l'excavation et que son corps n'est nullement à sa place; il est en rétroversion et fixé, à gauche, à la paroi du petit bassin, par des adhérences peu solides. Les ovaires sont, au contraire, intimement soudés à cette paroi et semblent faire corps avec elle. Le cul-de-sac recto-utérin descend très-bas. Le doigt, remis dans le vagin, ne peut vaincre la résistance opposée par ces adhérences à l'ascension de l'utérus, et cet organe s'élève à peine sous une pression énergique exercée sur sa face postérieure; il est également difficile de l'abaisser sensiblement sans employer une force assez considérable. La vessie est distendue par une assez grande quantité d'urine et forme une poche flasque dont la paroi inférieure se laisse refouler dans le petit bassin, en entraînant un peu dans le même sens le col utérin.

Après avoir enlevé ensemble la vessie, le rectum et le vagin, j'incise la paroi postérieure de ce dernier conduit et j'étale sur une table sa paroi antérieure. On reconnaît, à première vue, les surfaces avivées par M. Trélat : au-dessous du col se voit une languette de muqueuse large de 1 centimètre 1|2 environ et longue de 4 centimètres qui se dirige directement en bas et se continue avec un ilôt de muqueuse à peu près circulaire, ayant le diamètre d'une pièce de 2 francs, et sur lequel on distingue des plis transversaux. Autour de cet ilôt, la paroi vaginale semble comme ulcérée sur une surface large de 4 centimètres environ, qui affecte la forme d'un ruban dont les deux bouts seraient séparés, au-dessous du col, par la languette de muqueuse dont j'ai parlé, et qui passerait entre l'ilôt central et le méat. Cette surface, qui répond évidemment aux parties de la muqueuse avivées par M. Trélat, est grisâtre. La forme en écu qu'avait donnée M. Trélat à sa surface d'avivement se distingue à merveille; les deux branches transversales

s'étendent en haut jusqu'au point où la muqueuse vaginale passe sur le col ; on remarque, sur leurs bords un peu déchiquetés, des dépressions cicatricielles correspondant aux points où les fils ont coupé les tissus, L'avivement paraît avoir été assez profond, sauf au-dessous du méat, où la muqueuse est presque intacte. En aucun point les surfaces arrivées ne sont affrontées.

Le col est petit, non ulcéré ; il n'y a pas trace d'hypertrophie de la portion sus-vaginale, et, cependant, le prolapsus était très-prononcé pendant la vie, puisque le col dépassait la vulve.

En enlevant la pièce, j'ai ouvert un vaste foyer purulent dont le point de départ était dans une altération de toute la face antérieure du sacrum, altération que je n'ai pas eu le temps d'étudier. Il m'a été également impossible de terminer l'autopsie par l'examen des viscères. Le foie m'a paru gros et amyloïde.

On voit que, dans ce cas, l'avivement des surfaces a été fait aussi réguièrement que possible, suivant la méthode de Sims, et si l'affrontement a été exact, on ne s'explique l'absence de réunion que par le mauvais état général de la malade.

L'opération a été laborieuse, quoique habilement faite, et M. Trélat m'a dit avoir eu la plus grande peine à passer les fils qui devaient appliquer l'une sur l'autre les deux bandes d'avivement transversal ; il m'a de plus communiqué une remarque qui, suivant moi, est fort mportante. Pour rapprocher l'une de l'autre les deux bandes longitudinales et les affronter, on passe d'ordinaire les fils sous les surfaces cruentées, et l'aiguille entre et ressort à une petite distance de chacun de leurs bords. Or, M. Trélat a noté que, quand il serrait les points de suture, chacune des bandes se fronçait sur elle-même, et il a craint de ne pas avoir bien mis en contact les surfaces saignantes. Comment éviter ce froncement des parties avivées ? En faisant sortir l'aiguille par la plaie d'un côté, puis en l'introduisant également dans la plaie du côté opposé pour faire ensuite sortir sa pointe en dehors du bord externe de celle-ci, comme dans la suture entortillée par Jobert dans ses opérations pour la cure de la cystocèle adoptée.

La difficulté de l'opération et l'incertitude où l'on se trouve d'avoir un affrontement parfait, ont décidé à peu près M. Trélat à essayer, la première fois qu'il en aura l'occasion, de pratiquer simplement sur la paroi antérieure du vagin l'excision d'un large lambeau de forme elliptique à grand axe antéro-postérieur. En un mot, M. Trélat compte faire l'opération pratiquée avec succès par Sims, lorsqu'il cherchait à exciser une portion de la paroi vésicale ; il imiterait ainsi M. Verneuil qui a employé aussi avec succès ce mode d'avivement dansle cas suivant :

16e Obs. — *Cystocèle. — Rectocèle sans prolapsus de l'utérus. — Elytrorrhaphie*, par M. Verneuil.

Marguerite Lémery, 53 ans, domestique, entre, le 11 avril 1862, à l'hôpital de Lourcine, salle Saint-Louis, nº 11 (service de M. Verneuil). Cette femme s'est mariée à 21 ans et est devenue immédiatement enceinte. Elle a eu en tout huit grossesses, dont les sept premières se sont terminées par des accouchements faciles : le huitième accouchement fut laborieux, mais n'exigea pas l'emploi du forceps. Depuis ce dernier accouchement, la malade s'est aperçue qu'elle retenait mal ses urines et que ses besoins d'uriner étaient fréquents; ces symptômes ont toujours été en s'accentuant, surtout vers l'époque de la ménopause, et aujourd'hui il existe une incontinence d'urine absolue. La malade nous dit que lorsqu'elle fait des efforts de défécation, une tumeur apparaît à la vulve, et que cette tumeur augmente de volume de jour en jour. La malade a des flueurs blanches abondantes ; toute sa vie elle a été constipée, et cette constipation a augmenté beaucoup dans ces derniers temps.

L'état général de la malade est mauvais, et si l'on examine les parties génitales, on trouve les grandes lèvres tuméfiées. Il existe des excoriations à la marge de l'anus et sur les grandes lèvres; la vulve est très-large, très-sensible au toucher. Dans le décubitus dorsal, et sans que la malade fasse même le moindre effort, la vulve est remplie par deux tumeurs arrondies, proéminentes, situées l'une au devant de l'autre; l'antérieure, évidemment formée par la vessie, est la plus volumineuse. Toutes deux présentent des excoriations très-superficielles. Quand on fait pousser la malade, on voit les tumeurs acquérir un volume considérable, et l'urine s'échappe aussitôt. Le cathétérisme est douloureux; l'urèthre est très-large, le bec de la sonde pénètre dans la tumeur supérieure : on ne peut pas savoir où se trouve le col vési-

cal, car le cathéter ne rencontre aucune résistance, et l'urine s'écoule dès qu'on introduit l'instrument dans l'urèthre.

Le toucher rectal montre que la tumeur postérieure est une rectocèle volumineuse. L'utérus est à peine abaissé ; la paroi antérieure du vagin est très-ample ; vaginite muco-purulente assez abondante. La malade éprouve des cuissons insupportables, des douleurs très-vives à l'hypogastre, dans les fosses iliaques et dans les aines. Les urines sont troubles et très-chargées par moments.

La réduction de la tumeur soulage toujours quelques heures la malade, mais le prolapsus de la vessie se reproduit bientôt. On essaye inutilement de maintenir la tumeur à l'aide de mèches volumineuses et de pessaires de diverses formes. Si ceux-ci sont gros, ils ne peuvent être supportés ; dans le cas contraire, ils s'échappent dès que la malade se lève. M. Verneuil, convaincu de la nécessité d'une intervention chirurgicale active, pratique, le 12 juin, l'opération suivante, qu'il décrit à peu près ainsi :

La malade, chloroformée, est couchée dans le décubitus dorsal, et la paroi postérieure du vagin est abaissée par le spéculum de Sims.

Une sonde est introduite dans l'urèthre. Je pince la muqueuse sur la ligne médiane de la partie antérieure du vagin, qui apparaît poussée par la tumeur, et je forme ainsi un pli longitudinal qui commence à 1 centimètre 1|2 du méat. Je fais glisser ce pli sur la sonde pour m'assurer que je n'ai pas pris la paroi uréthrale, et, avec une aiguille courbe, je le traverse à sa base par un premier fil de cordonnet ciré. A 1 centimètre environ de ce premier fil, j'en passe un second, puis un troisième auquel je fais traverser une plus grande épaisseur de tissu.

Pour passer les fils suivants, je ne puis plus uniquement me servir de mes doigts ; je saisis alors le pli avec une pince exiguë de Museux et je l'attire en bas. Les fils supérieurs sont passés, à l'aide d'une aiguille courbe montée sur une pince porte-aiguille, entre les griffes de la pince à griffes latérales de Robert, qui me sert à former le pli dans sa moitié supérieure. Je passe en tout 6 fils, après quoi je pratique, avec la pointe d'un bistouri, deux incisions à concavité interne qui se rencontrent en avant, à 1 centimètre 1|2 du méat. Je fais ces incisions avec précaution, pour ne pas blesser l'urèthre ou couper les fils ; elles passent à 5 ou 6 millimètres en dedans des points d'entrée et de sortie de ceux-ci. J'excise alors le lambeau ainsi dessiné à l'aide de ciseaux courbes et mousses, et d'avant en arrière, à petits coups. A mesure que j'avance, je fais tendre les fils. On pourrait employer des fils métalliques pour être plus sûr de ne pas les couper.

Le lambeau réséqué avait au moins, malgré sa rétraction, 5 centimètres de long sur 3 centimètres de large à sa partie moyenne et 1 centimètre à chaque extrémité.

La plaie, dont les bords s'étaient écartés, avait de grandes dimensions, et j'ai la conviction d'avoir réséqué presque la totalité de la paroi antérieure du vagin, dans toute son épaisseur. On voyait à nu la partie moyenne des fils qui passaient dans le tissu cellulaire inter-vésico-vaginal. Le lambeau

était plus mince à son extrémité supérieure qu'à son centre. Au niveau de la colonne antérieure du vagin, il avait 7 ou 8 millimètres environ d'épaisseur.

Je serrai, sans difficulté, les fils, et j'eus sur la ligne médiane un gros bourrelet dur et résistant.

Je coupai un des chefs de chaque fil, et je réunis tous les autres en faisceau.

Ecoulement de sang assez abondant pendant l'incision, une artériole fut tordue, une autre liée; l'hémorrhagie s'arrêta facilement, après quelques irrigations d'eau froide. Une sonde de Sims fut placée dans la vessie.

Les suites immédiates de l'opération furent des plus simples.

Le cinquième jour un fil tomba spontanément; suppression de la sonde.

Le septième jour, deux fils tombent encore. Ecoulement purulent assez abondant.par la vulve. Quelques symptômes de cystite. Chute de trois autres fils, le neuvième jour.

Premier examen, le onzième jour. — On aperçoit une plaie ovalaire, longue de 6 centimètres et large de 1 centimètre 1/2. Trace de la section des fils. Cautérisation au nitrate d'argent, répétée tous les trois ou quatre jours.

Cicatrisation complète dans les premiers jours de juillet.

Amélioration progressive. — La malade reste à l'hôpital jusqu'au 7 août, et sort dans l'état suivant :

Les parties génitales externes sont revenues à leur état normal.

L'orifice de l'urèthre est beaucoup moins proéminent qu'avant l'opération; il est même légèrement rétracté en arrière. La saillie formée par la colonne antérieure du vagin n'existe plus. L'orifice vulvaire n'est plus large comme autrefois.

La paroi antérieure du vagin est devenue légèrement concave depuis le méat jusqu'au voisinage du col; la cicatrice se voit sous forme d'une bande rosée de 5 centimètres de long; elle est adhérente aux parties profondes.

La paroi supérieure du vagin en totalité est résistante et ferme; elle constitue une large bride antéro-postérieure, tendue entre l'urèthre et le col, et qui figure une sorte de ligament suspenseur.

Par le cathétérisme, on constate que l'urèthre est rectiligne et redressé et qu'il est moins large qu'avant l'opération. Le col vésical oppose une faible résistance à la sonde; il n'a pas encore sa tonicité normale.

Si l'on engage la malade à pousser fortement, la paroi antérieure du vagin s'abaisse en totalité vers la paroi postérieure et vers la vulve, mais elle conserve sa rectitude, et perd seulement sa légère concavité; elle ne se déroule pas comme autrefois, et n'a acune tendance à s'engager dans l'orifice vulvaire. Au contraire, pendant l'effort, aussitôt qu'on retire le spéculum, la rectocèle fait une saillie volumineuse, mais elle diminue beaucoup quand l'effort cesse.

Le col utérin est à peu près à sa place comme avant l'opération.

L'incontinence d'urine a disparu complètement; la malade peut aller et

venir sans être mouillée. La nuit elle urine deux ou trois fois ; le jour les besoins d'uriner sont assez fréquents et il lui faut y céder vite, sans quoi quelques gouttes de liquide s'échappent.

L'état général est excellent.

Au mois de novembre de la même année, c'est-à-dire six mois après l'opération, M. Verneuil reçut du Dr Tonnelier, médecin de Montereau, une lettre dans laquelle celui-ci lui donnait des nouvelles de la malade, dont nous venons de rapporter l'observation. Cette femme était exactement dans le même état qu'à sa sortie; la guérison s'était donc maintenue.

Il est impossible de voir un succès plus complet que celui qu'a obtenu M. Verneuil dans ce cas de cystocèle accompagnée d'accidents graves; l'opération qu'il a pratiquée est absolument la même que celle de M. Sims, je parle, bien entendu, de celle que ce dernier a exécutée, en quelque sorte malgré lui, lorsqu'il voulait exciser une portion de la paroi vésicale, néanmoins elle en diffère par le mode d'avivement. M. Verneuil a fait une excision méthodique de la muqueuse, non pas grossièrement, sur un ténaculum, d'un coup de ciseau, mais au bistouri, en taillant un lambeau elliptique régulier et après le passage des fils.

Ce procédé me semble excellent, et mérite d'être appliqué. Je ne vois aucune modification à apporter au manuel opératoire, tel que je l'ai décrit d'après les notes que M. Verneuil a eu la bonté de me communiquer.

Les deux dernières observations que j'ai empruntées aux journaux américains, le fait de M. Sims et celui de M. Verneuil suffisent pour nous prouver qu'appliquée à la cure des prolapsus de l'utérus et de la vessie, la méthode de Marshall-Hall peut réussir, à la condition toutefois qu'on fasse une excision très-large de la paroi vaginale, soit en avant, soit en arrière, suivant les cas. Le succès doit dépendre de la largeur de l'avivement

et de sa profondeur, puisque nous avons vu l'opération réussir seulement quand on n'avait pas craint de faire une perte de substance considérable. La forme elliptique donnée à la surface d'excision par M. Sims et M. Verneuil me paraît devoir être la meilleure.

Suivant qu'il y a hernie vaginale du rectum ou de la vessie, l'excision doit être faite sur la paroi postérieure ou sur la paroi antérieure du vagin. Dans les cas de prolapsus complet de l'utérus avec cystocèle et rectocèle, il paraît préférable de pratiquer l'excision en avant.

Enfin on peut avec avantage faire une anaplastie en deux temps et combiner la synthèse avec l'exérèse, lorsqu'il existe une déchirure du périnée en même temps qu'un prolapsus de l'utérus, du rectum et de la vessie, comme dans une des observations américaines que j'ai rapportées. Dans ce cas, l'élytrorrhaphie doit être faite, bien entendu, avant la périnéorrhaphie ou l'épisio-périnéorrhaphie.

L'élytrorrhaphie par la méthode de Sims, (procédé en *V*) appliquée au prolapsus de l'utérus, a l'avantage tout en rétrécissant le vagin, de ne pas être suivie de la formation d'une bride cicatricielle longitudinale, susceptible comme dans le cas de M. Verneuil, d'exercer une certaine traction sur le col. Dans les cas de cystocèle si l'utérus n'est pas sensiblement abaissé, et si, par conséquent, ses ligaments suspenseurs ne sont pas relâchés, cette bride peut, au contraire, en prenant le col pour point d'attache, maintenir plus solidement la vessie ou le rectum ; je préférerais donc la méthode de l'excision pure et simple, telle que l'a employée M. Verneuil, dans les cas de rectocèle et de cystocèle volumineuses non compliquées de prolapsus utérin, et la

dernière méthode de Sims, dans ceux où la chute de l'utérus constitue la principale difformité ; on pourrait alors comme l'a conseillé Sims, et comme le pense aussi M. Panas, se contenter de rétrécir le vagin près du col, en ne faisant l'avivement que suivant deux bandes transversales, destinées à être affrontées.

Les quelques faits que nous avons cités démontrent la valeur des procédés où l'exérèse est appliquée aux parois vaginales, dans les cas de cystocèle et de recto-cèle. Sont-ils aussi concluants en ce qui concerne la guérison des prolapsus utérins? Tel n'est pas notre avis ; néanmoins, les succès obtenus par MM. Gaillard (de Poitiers), Desgranges, Panas, pour ne citer que des noms français, doivent nous encourager à tenter de nouvelles opérations anaplastiques du même genre. Sans mettre en doute la bonne foi de M. Sims, nous avouons que, pour être complètement convaincus de l'excellence de son procédé, nous désirerions savoir au juste la proportion des succès qu'il a obtenus ; c'est un grand regret pour nous de n'avoir pas pu étudier une statistique établie par lui, il est cependant impossible de ne pas tenir compte de ses affirmations.

Amputation conoïde du col de l'utérus.

Nous avons dit que, parmi les déplacements compris sous le nom de chutes de l'utérus, on rangeait souvent encore des hypertrophies du col et principalement des allongements de sa portion sus-vaginale, mais nous avons fait remarquer que c'est là plutôt une exubérance qu'un déplacement, si toutefois le corps de l'organe n'est pas en même temps abaissé.

Dans ces fausses chutes de l'utérus, c'est évidemment au viscère lui-même que l'exérèse doit être appliquée, si l'on veut rester conséquent avec les principes que nous avons posés, et s'adresser à la cause de la difformité. Huguier admettant que, dans la très-grande majorité des cas, le prolapsus utérin n'est qu'un allongement hypertrophique de la portion sus-vaginale du col, a donc conseillé une opération vraiment rationnelle quand il a proposé de faire l'amputation de la partie hypertrophiée; à une difformité par prothèse il a opposé une anaplastie par exérèse. Ne doit-on pas, cependant, reculer devant cette opération, au risque d'enfreindre les lois de la logique? Si l'on s'en rapportait exclusivement aux observations consignées dans le mémoire d'Huguier, je sais que l'on serait, à coup sûr, disposé à la regarder comme assez innocente, mais il s'en faut de beaucoup qu'il en soit ainsi en réalité, et M. Depaul d'abord, M. Verneuil ensuite, sont les premiers qui aient conseillé aux chirurgiens la prudence. Je n'insisterai pas ici sur les difficultés de l'amputation conoïde du col, difficultés qu'un opérateur habile peut surmonter; je ne ferai qu'une remarque : chez certaines femmes, les opérations les plus bénignes pratiquées sur le col de l'utérus peuvent entraîner une péritonite mortelle; j'ai vu une malade succomber à la suite de la résection par l'écraseur d'une simple rondelle de la surface du col, et chacun pourrait citer des exemples analogues; la susceptibilité individuelle du péritoine est essentiellement variable et ne peut que rarement être préjugée; n'est-il donc pas permis d'hésiter à évider l'utérus, comme le conseille Huguier, si d'autres opérations moins dange-

reuses peuvent pallier ou même corriger complètement la difformité ?

Dans un de ses excellents articles de critique chirurgicale (*Gaz. hebdomadaire*, 1859, n° 15), M. Verneuil disait, en 1859 : « Pour prononcer un verdict motivé sur l'amputation du col, il faudrait comparer attentivement cette opération avec l'épisiorrhaphie. » Nous n'avons pas la prétention d'avoir définitivement tranché la question, toutefois, ce travail est peut-être de nature à l'éclairer dans une certaine mesure, en montrant les services que peuvent rendre aux malades des opérations infiniment moins graves que celle d'Huguier.

M. le professeur Gosselin, il est vrai, se montre opposé à toute intervention chirurgicale sanglante dans les cas de chute de l'utérus ; quant à nous, tout en respectant la grande autorité de notre savant maître, nous ne croyons pas, si nous nous reportons aux faits dont nous avons eu connaissance, que la périnéorrhaphie, l'épisiorrhaphie ou l'élytrorrhaphie soient des opérations véritablement dangereuses. Mais sont-elles vraiment utiles ? Nous espérons l'avoir démontré.

Ne voulant pas cependant nous montrer trop exclusifs, nous admettrons que l'amputation conoïde du col puisse être indiquée :

Indications de l'amputation conoïde du col. — Lorsque le col de l'utérus est certainement hypertrophié, dans sa portion sus-vaginale, sur une longueur considérable, et lorsque le vagin est entièrement ou presque entièrement prolapsé.

Lorsque la tumeur ne peut être refoulée et mainte-

nue dans le petit bassin sans qu'il en résulte des douleurs ou des accidents contre-indiquant sa réduction et sa contention, douleurs dues, comme l'a montré Huguier, à l'inflexion du col.

Enfin, lorsque la difformité est une cause de souffrances réelles dues, soit au poids de la tumeur, soit à des ulcérations développées à sa surface, soit à des troubles de la miction imputables à une cystocèle concomitante, etc.

Huguier regarde l'opération comme contre-indiquée lorsqu'il existe, tout à la fois, un bassin et une ouverture vulvaire fort large et un périnée plus ou moins déchiré; nous ne partageons pas son avis, et dans ces cas nous conseillerions de pratiquer, secondairement, une anaplastie destinée à restaurer le plancher périnéal ou à rétrécir l'orifice vulvaire. Il peut être également utile d'opérer une rectocèle ou une cystocèle après avoir enlevé le col; c'est là, du reste, l'opinion d'Huguier, qui l'appuie sur deux faits consignés dans son mémoire.

Nous n'insisterons pas davantage sur l'amputation conoïde du col et sur les cas qui peuvent la nécessiter. Tout en croyant que les exemples de chute de l'utérus sans hypertrophie notable du col sont moins rares que ne l'admettait le chirurgien de Beaujon, nous reconnaissons que, le plus souvent, il existe dans tout utérus prolapsé un certain degré d'allongement hypertrophique, mais est-ce là une raison pour repousser les opérations que nous avons étudiées dans ce travail et pour pratiquer presque exclusivement l'amputation? Non, évidemment, car parmi les observations que nous avons citées, il y en a sans doute beaucoup où, sous le

nom de chutes ou de prolapsus de l'utérus, se cachent de simples allongements hypertrophiques, et cependant, dans un grand nombre de cas, le traitement a été, soit palliatif, soit réellement curatif.

Pour étudier comparativement, avec fruit, la valeur de l'amputation du col et celle des épisiorrhaphies, des élytrorrhaphies, etc., il serait absolument nécessaire de savoir si, dans tel ou tel cas, il s'agissait soit d'un véritable déplacement de l'utérus, soit de ce que j'ai appelé une fausse chute de cet organe. Cette étude est impossible à faire aujourd'hui avec les observations que la science possède. Pour nous, nous serions tenté de croire que les succès complets obtenus par les divers procédés que nous avons énumérés, se rapportent principalement aux cas où l'utérus n'était que faiblement hypertrophié. Il nous paraît donc indispensable, avant de faire choix d'une opération, de se rendre un compte exact de la longueur de l'organe, comme l'ont fait MM. Gaillard (de Poitiers) et Panas, et nous regrettons que M. Sims ne nous indique pas quelle était la proportion des véritables allongements hypertrophiques parmi le grand nombre d'utérus prolapsés qu'il dit avoir réduits et maintenus par l'élytrorrhaphie.

Si maintenant nous cherchons à établir la valeur relative des procédés que nous avons rattachés à la synthèse et à l'exérèse, nous voyons que pour donner la préférence soit à l'un, soit à l'autre, on doit se reporter à la cause d'où procède la difformité. C'est ainsi qu'il est indiqué tantôt de reconstituer le périnée ou de rétrécir l'anneau vulvaire, tantôt d'exciser une portion des parois du vagin ou de diminuer le calibre de ce conduit d'une façon quelconque. Il faut également tenir

compte, ainsi que nous l'avons dit, et de l'âge et du genre de vie des malades; chez les unes, il ne faut pas mettre obstacle à la copulation et l'on doit prévoir la possibilité d'une grossesse; chez d'autres, on peut oblitérer presque complètement la vulve ou le vagin sans inconvénient.

Certaines opérations, les élytrorrhaphies par exemple, peuvent être considérées comme plutôt curatives que palliatives. Les périnéo-épisiorrhaphies, au contraire, sont surtout palliatives, c'est-à-dire qu'elles servent bien souvent à masquer uniquement la difformité et à l'empêcher de s'accroître. Dans certains cas elles rendent de réels services en permettant l'usage d'un appareil contentif quelconque, pessaire, plancher périnéal en caoutchouc, etc.

Dans le choix d'une opération applicable au traitement des chutes de l'utérus, nous répéterons ici que même en repoussant *à priori* l'amputation du col, il est utile de se rendre compte du degré d'hypertrophie qu'a pu atteindre l'organe.

L'élytrorrhaphie doit être surtout efficace contre les chutes sans hypertrophie notable. Si l'utérus est au contraire atteint d'un allongement hypertrophique très-prononcé, la périnéo-épisiorrhaphie nous paraît préférable. Cette opération n'a, il est vrai, pour effet dans ces cas, que de maintenir l'utérus dans le vagin, mais en soutenant le nouveau périnée prolongé presque jusqu'au méat, à l'aide d'un plancher périnéal en caoutchouc ou d'un bandage convenable, on peut apporter à l'état des malades une grande amélioration.

— — -

CONCLUSIONS.

Une chute de l'utérus, une cystocèle, une rectocèle, peuvent se produire brusquement, soit pendant ou après l'accouchement, soit hors de l'état puerpéral, chez une vierge ou chez une femme ayant eu un ou plusieurs enfants.

Il faut, dans ces cas, remettre en position l'organe déplacé le plus promptement possible, et souvent l'anataxie suffit pour amener la guérison.

Les *pessaires* ne sont pas sans inconvénients ; il sont toujours gênants et souvent inapplicables; il ne constituent d'ailleurs qu'un mode de traitement purement palliatif, auquel on peut cependant s'adresser dans bien des circonstances.

Les *anaplasties* praticables sur le périnée, la vulve et le vagin, ne sont pas assez dangereuses pour qu'on hésite à y avoir recours lorsque les difformités auxquelles elles doivent remédier ne sont pas suffisamment palliées par l'emploi d'un pessaire, ou lorsqu'un pessaire est inapplicable.

La *périnéorrhaphie* est toujours indiquéee quand il existe une déchirure du périnée et souvent aussi quand l'orifice vulvaire est trop large. On peut combiner la périnéorrhaphie avec toutes, ou presque toutes les opérations étudiées dans ce travail.

Les procédés à lambeau vaginal sont préférables aux

autres dans les déchirures sans rupture de la cloison recto-vaginale.

Dans les déchirures complètes du périnée avec rupture de la cloison, donner également la préférence au procédé à lambeau vaginal de M. Richet ou aux procédés à lambeaux vaginal et rectal de M. Demarquay ou de M. Lefort.

Ces procédés à lambeau ont sur les autres l'avantage de rendre la formation des fistules recto-vaginales et vagino-périnéales moins fréquente, de faire une cloison recto-vaginale épaisse, et de brider l'ampoule rectale dans les cas de rectocèle.

La simple restauration du périnée suffit parfois pour permettre à la malade de porter un pessaire inapplicable auparavant.

La périnéorrhaphie à lambeau vaginal peut constituer une opération curative dans les cas de rectocèle simple avec déchirure du périnée.

La périnéorrhaphie dans les cas de cystocèle simple et de chute de l'utérus, s'oppose parfois à ce que les viscères franchissent la vulve, mais ceux-ci ne sont ni replacés, ni maintenus dans leur situation normale. Cependant non-seulement la difformité est masquée, mais encore elle est atténuée et quelquefois arrêtée dans sa tendance à s'accentuer.

L'*épisiorrhaphie* doit toujours être combinée avec la périnéorrhaphie.

L'*oblitération complète de la vulve* est inutile, et peut même avoir des inconvénients; il est évident qu'on ne peut songer à la pratiquer que chez les femmes qui ne sont plus réglées, c'est-à-dire après la ménopause.

La *périnéo-épisiorrhaphie* est surtout indiquée chez les

femmes d'un certain âge et après l'époque de la ménopause; elle convient aux cas où les opérations destinées à rétrécir le vagin paraissent devoir être impuissantes à maintenir un utérus dont le col est très-hypertrophié et depuis longtemps prolapsé. La vulve doit être alors presque entièrement oblitérée. Il est souvent moins pénible pour une femme âgée d'avoir la vulve presque oblitérée que de porter un pessaire.

Chez les jeunes femmes, on pourrait rétrécir seulement dans une certaine mesure l'orifice vulvaire, afin de rendre un pessaire applicable.

Le meilleur procédé de périnéo-épisiorrhaphie est celui de M. Théophile Anger ; en l'employant, on forme au devant du vagin une cloison solide capable de supporter la pression des viscères. Un plancher périnéal en caoutchouc ou un bandage approprié peut être utile pour soutenir le nouveau périnée.

L'*élytrorrhaphie* convient surtout chez les femmes jeunes dont on ne veut pas rétrécir la vulve outre mesure, lorsque l'utérus est normal ou lorsque l'allongement hypertrophique est peu prononcé.

Le premier procédé de M. Sims pratiqué suivant la méthode de M. Verneuil est excellent, quand on l'applique aux cystocèles volumineuses simples.

Les rectocèles et les cystocèles simples peuvent aussi être opérées par la méthode d'Huguier ou par l'application des pinces élytrocaustiques de M. Desgranges.

Le dernier procédé de M. Sims, modifié par la suppression des lignes d'avivement longitudinales convient mieux que le premier aux chutes de l'utérus. Par ce procédé, on rétrécit seulement le fond du vagin, ce qui est avantageux chez les jeunes femmes. Le fait de

M. Panas tendrait à faire espérer qu'après cette opération, l'accouchement à terme pourrait n'être pas suivi de la reproduction du prolapsus utérin.

L'*élytrorrhaphie* peut être combinée avantageusement avec la périnéorrhaphie à lambeau vaginal dans les cas de prolapsus accompagné de rectocèle, avec déchirure du périnée, et même dans les cas où, le périnée étant intact, l'orifice vulvaire est très-large.

L'*élytrorrhaphie* doit être pratiquée en avant ou en arrière, suivant qu'il y a prédominance de la cystocèle ou de la rectocèle.

L'*amputation conoïde du col*, par le procédé d'Huguier, est une opération qui est loin d'être innocente, et qui doit être réservée pour les fausses chutes de l'utérus. Nous avons essayé d'en poser plus haut les indications.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

EPISIORRHAPHIE, ELYTRORRHAPHIE ET COLPODESMORRHAPHIE.

BALFOUR (Jac. Quil.). — De episiorrhaphia. Diss. Dorpati Livonorum, 1839-8.

BEATTY (Th. E.). — Plastic operations on the female genito-urinary organs. The Dubl. quart. Journ. of med. sc. N° LXII. 1861, p. 273.

BELLINI (Giambattista). — Colpodesmorrhaphie.

Bull. delle sc. med. 1835. Nov. u. Dec.

— Colpodesmorrafia.

Omodei annal. univ. 1836. Vol. 79, p. 180.

BÉRARD (jeune). — Chute de la matrice. Elytrorrhaphie.
Gaz. méd. deParis, 1835. p. 541.

BERCHELMANN. — Med. Commentarien von einer Gesellschaft von Ærzten in Edinburgh. Bd. I, Th. I, p. 38.

BLASIUS. — Neue Operations-méthode beim Gebärmuttervorfall mittelst kreisförmiger Ligaturen.

Preuss. Vereinszeitung, 1844, p. 189.

— Handbuch der Chirurgie. 2 Aufl. 1-3 Bd. Halle, 1839, 43-8.
Bd. III, p. 396. Elytrorrhaphie.
— p. 401. Episiorrhaphie.

— Beiträge zur praktischen Chirurgie. Berlin, 1848-8, p. 307. Fälle von épisiorrhaphie.

BOIVIN. — Traité des maladies de l'utérus.

BROWN (J. Baker). — Cases of procidentia and prolapsus uteri successfully cured by plastic operation.

The Lancet, 1856. Vol. I, p. 687.

— Plastic operations for ruptured perinæum and prolapsus uteri in several cases.

The Lancet, 1858. Vol. I, p. 339.

CREDÉ. — Bemerkungen über den Vorfall der Gebärmutter und die Episiorraphie.

Casper. Wochenschrift, 1851, pp. 209, 233, 264.

DIEFFENBACH. — Ueber Mutterkränze und Radikalkur des Scheiden und Gebarmuttervorfalls.

Preuss Vereinszeitung, 1836, p. 151.

— Die operative Chirurgie. Bd. I, Leipzig, 1845.

P. 638. Die operation des Gebarmutter und Scheidenvorfalls.

P. 642. Die Verengerung der Scheide durch Ausschneiden der Schleimhaut oder der Vaginalhaut, Elytrorrhaphie.

P. 648. Die theiweise Verschliessung des Scheideneingangs, Episiorraphie.

P. 619. Verfahren bei totaler Zereissung des Damms.
p. 625. Operation des totalen complicirten veralteten Dammrisses.

FRANQUE (Otto, von). — Der Vorfall der Gebärmutter in anatomischer und klinischer Beziehung. Würzburg, 1860, p. 69.

FRICKE (J. C. G.). — Die Episiorrhaphie bei Vorfällen der Musterscheide und Gebärmutter.

Annalen der Chirurg. Abtheilung des allg. Krankenhauses in Hamburg. Bd. II, 1833, p. 142.

— Fernere Erfahrungen über die Episiorrhaphie.

Casper. Wochenschrift, 1835, p. 177.

FRICKE UND OPPENH. — Zeitschrift, 1836. Bd. I, p. 319 (2 falle).

— Episiorrhaphie (modification de l'opération).

Oppenh. Zeitschrift, 1838. Bd. 8, p. 118.

FRORIEP's Chirurg. Kupfertafeln.

Episiorrhaphie suivant FRICKE, DIEFFENBACH, MALGAIGNE et GÉRARDIN.

GÉRARDIN (Romain). — Gazette médicale, 1835, p. 206.

HALL (Marshall). — Prolapsus de l'utérus guéri par une nouvelle opération. Gaz. médicale, 1832, p. 32.

HEDINGER. — Jahresbericht.

Rust's. Magaz. 1841. Bd. 57, p. 258. Episiorrhaphie.

HEMING (G. O.). — On the cure of the prolaps. uteri.

The Lond. med. Gaz. 1836. Vol. XVII, p. 266 (Procédé de Fricke).

HENDRIKSZ. — Wybrandus diss. Berolini, 1838.

HEPPNER. — Zur Technik der Perineorrhaphie.

Arch. v. Langenbeck, 1873.

HEYFELDER. — Das chir. u. Augenkrankenklinikum. Erlangen. 1843, p. 44. Observation d'Episiorrhaphie.

— Göschen. D. Klin., 1852, p. 585. Episiorrhaphie.

HIRSCHBERG. — Die operation des veralteten, complicirten Dammrisses.
Arch. v. Langenbeck, 1872.

IRELAND.

— Case of procidentia uteri successfully treated by operation. The Dubl. Journ. of med. and. chem. sc. 1835. Vol. VI, p. 484.

JOBERT (de Lamballe). — De la cystocèle vaginale opérée par un procédé nouveau.

Mém. de l'Acad. de médecine, vol. VIII, p. 697. 1840.

KIETER. — Ueber Episiorrhaphie.

Med. Zeitung Russlands, 1849, p. 202-209.

KILIAN (H. F.). — Operationslehre für Geburtshelfer II, Th. II, Aufl. Bonn, 1853.

P. 96. Episorrhaphie.

P. 100. Elytrorrhaphie.

P. 101. Colpodesmorrhaphie.

Klein. — Zu Dr Schiefers neuem Verfahren.

Göschen. D. Klin, 1856, p. 205.

Knapp. — Jahresbericht über das Charitekrankenhaus zu Berlin, année 1838.

Knorre. — Episiorrhaphie bei prolaps. uteri.

Opponh. Zeitschrift, 1839. Bd. 10, p. 97.

Koch (Ludwig). — Ein Beitrag zur Episiorrhaphie.

Gr. u. Walth. Journ., 1837. Bd. 25, p. 667.

— — — 1839. Bd. 28, p. 443.

Kuchler (H.). — Zur Episiorrhaphie und Dammnath, zugleich Blasenscheidenfistel. Mastdarmscheidenfistel, etc.

Göschen. D. Klin, 1854, p. 542.

— Kritik von G. Simon's Schrift über die Heilung der Blasenscheidenfisteln.

Schmidt's. Jahrbücher, 1855. Bd. 85, p. 379.

— Doppelnath zur episiorrhaphie.

Busch. Monatschrift für Geburtskunde, 1856. Bd. 8, p. 470.

— Episiorrhaphie zur Heilung von Gebärmuttervorfällen.

Göschen. D. Klin, 1855, p. 405.

— Doppelnath zur Episiorrhaphie.

Göschen. D. Klinik., 1856, p. 164.

— Meine Doppelnath zur Episiorraphie. 4 Artikel. Erster ausfürhlich mitgetheilter Fall von Episiorrhaphie.

Göschen. D. Klin., 1857, p. 367.

— Ebenso. 5 Artikel. Zweiter Fall. Theorie der Entstehung der Vorfälle.

Göschen. D. Klin., 1858, p. 30.

— Episiorrhaphie und Dammnath (Doppelnath). 5 falle blos notiz.

Göschen. D. Klin., 1858, p. 381.

— Vortrag über die Wirkung der Doppelnath zur Sicherung der Herstellung eines soliden Damms und Scheideneingangs bei der Episiorrhaphie.

Monatschrift für Geburtskunde und Frauenkrankheiten, 1858.

— Die Doppelnath zur Damm-Scham-Scheidennath. Erlangen, 1863.

Lightfoot (Rob. T.). — Prolaps. of. the bladder, etc. Operation for Episiorrhaphie.

The Lancet, 1841-42. Vol. I, p. 322.

Legendre. — Chute de l'utérus. Thèse d'agrég., 1860.

Löscher. — Episiorrh. Wegen Vollkommenen Vorfalls der Gebärmutter. Neue Zeitschr. für Geburtskundo, 1838. Bd. 6, p. 394.

M. Sims. — Notes sur la Chirurgie utérine.

Malgaigne. — Manuel de méd. opér. Paris, 1849.

MANNISKE. — Anlegung der Zange, etc. Lodès's. Journ. f. Chir. Bd. I. Iéna, 1797, p. 484.

METZ. — Episiorrhaphie. Heilung (Rhein Monatschrift. 1851, p. 251).

MEYER (C. G.). — De Episiorrhaphia Frickiana. Kil. 1842.

OSIUS. — Prolaps. uter. (Puchelts méd. Ann., 1841, VII, p. 301).

PAULI. — Ammon's Monatschrift, 1838. Bd. I, p. 587.

P. 606. Prolapsus uteri.

PLATH. — Geschichte einer Geburt nach gemachter Episiorrhaphie. Oppenh. Zeitschrift, 1836. Bd. II, p. 142.

RUSTLER. — Schamlippennath mit gutem Erfolg geübt. (Reimann, med. Jahrb 1838, Bd. 26, p. 315).

SAVAGE. — The Lancet. Febr. 1858.

— Canstatt's. Jahresb. Referent Sprengler, 1858, Bd. 5, p. 268.

SCHIEFER. — Neues Verfahren bei Prolaps. uteri (Allg. med. Central-Zeitung, 1855, n° 61).

SIMON. — Zur Geschichte der Episior. mit Beziehung auf Dr Küchler's angebliche Radikalheilung des Prolaps. uteri durch Episiorr. Göschen. D. Klin. 1855, p. 331.

— Ueber die Anwendung meherfacher Nathreihen zur Vereinigung einer Wunde (Arch. physiol. Heilkunde, 1859. H. 3, p. 312).

STEPHAN. — Diss. (Halis, 1844).

UNNER. — Episiorrhaphie (Oppenh. Zeitschr., 1839. Bd. 10, p. 395).

VELPEAU. — Journal hebdomad. 1835.

WICKEL. — Episiorr. bei prolaps. uteri. Preuss. Vereinszeitung, 1832, p. 210.

BROWN (Baker). — On surgical diseases of women. Lond., 1861.

DUGÈS et BOIVIN. — Traduction du mém. d'Heming, 1831.

EMMET. — New-York med. Journ., 1865.

COZE. — Thèse (Strasbourg, 1842). Rectocèle vaginale.

DROUET. — Thèse (Paris, 1861). Cystocèle.

HUGUIER. — Mémoire sur les allongements hypertrophiques du col de l'utérus. Mém. de l'Acad. de méd., 1859.

GAILLARD (de Poitiers). — Gaz. médicale, 1859. Bull. Acad. des sc., 1859.

GOSSELIN. — Clinique chirurgicale de la Charité, 1873.

Et les principaux traités des maladies des femmes.

TABLE DES MATIÈRES

A. Parent, imprimeur de la Faculté de Médecine, rue Mr-le-Prince.